

**EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE
ONCOLÓGICO, 2015**

**YARLEY LONDOÑO DURANGO
LINA MARCELA SALGADO LAZARO**

**UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
MONTERÍA - CÓRDOBA
2015**

**EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE
ONCOLÓGICO, 2015**

YARLEY LONDOÑO DURANGO

LINA MARCELA SALGADO LAZARO

**INFORME DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO
COMO OPCIÓN DE GRADO PARA OBTENER
EL TÍTULO
DE ENFERMERA PROFESIONAL**

LUZ DARY RIPOLL GARCÍA

ASESORA TEMÁTICO

DOCTOR ÁLVARO SÁNCHEZ CARABALLO

ASESOR METODOLÓGICO

UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

MONTERÍA - CÓRDOBA

2015

NOTA DE ACEPTACIÓN

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Montería, Noviembre 30 del 2015

DEDICATORIA

Dedico este logro alcanzado a mi Dios y a mi amada familia: mis padres Marco Londoño Hernández y Nery Durango Carrascal, a mi hermano Marco Londoño Durango, abuelos, tíos, primos y a Mauricio Rivas Muriel, quienes han sido mi motor durante todo este proceso; a mis amigos y compañeros por darme ánimos de continuar justo cuando lo necesitaba.

Yarley Londoño Durango.

Dedico este logro primeramente a Dios por darme la fortaleza de continuar superando las adversidades, a mis padres Carlos Salgado y Lina Lázaro y a mi hermana Angie K. por apoyarme cada día durante este proceso y los consejos que me dieron. A Cesar Ávila por su comprensión, amor y motivación constante, nunca permitiendo que me rindiera, regalándome sonrisas.

Dedico este trabajo especialmente a mi primo Gustavo Hernández por haber sido un luchador constante aferrado al deseo de vivir, quien nunca dejó de sonreír sin importar nada y que me inspiró a amar mi profesión.

Este logro es para ti.

Lina M. Salgado Lázaro

AGRADECIMIENTOS

Las autoras expresan sus agradecimientos a:

Primeramente a Dios por darnos la fortaleza y paciencia necesaria para superar todas las situaciones adversas que se presentaron en la realización de este trabajo.

A nuestros padres quienes con sus oraciones intercedieron por nosotras para lograr esta investigación, por alentarnos en cada una de las noches de desvelo y por su apoyo cuando creíamos que todo estaba perdido.

A la Enfermera Aidee Usta Sotelo por confiar en nuestras capacidades e impulsarnos a continuar con este proyecto.

A la Doctora Olga Torralvo por creer en nosotras y conseguir el instrumento que permitió la elaboración de nuestro trabajo.

Al Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica por aceptar la realización de nuestro trabajo y permitirnos recoger cada dato de este estudio.

Y a todas las personas que nos dieron su apoyo y voz de aliento para no desfallecer nunca y permitir alcanzar este logro tanpreciado.

A todos ellos nuestro agradecimiento y muchas bendiciones.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	XII
1. OBJETIVOS	XIV
1.1. GENERAL.....	XIV
1.2. ESPECÍFICOS	XIV
2. MARCO REFERENCIAL.....	15
2.1. MARCO DE ANTECEDENTES	15
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	17
2.2.1. Cáncer	17
2.2.2. Estrés.....	18
2.2.3. Afrontamiento	20
2.2.4. Estrategias de afrontamiento	23
2.2.5. Estilos de afrontamiento	25
2.2.6. Adaptación	25
2.2.7. Intervenciones psicológicas para el paciente con cáncer	26
2.3. MARCO TEÓRICO.....	28
2.4. MARCO LEGAL	42
3. DISEÑO METODOLÓGICO	45
3.1. TIPO DE ESTUDIO	45
3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO.....	45
3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	45
3.3.1. Población.....	45
3.3.2. Muestra.....	45
3.3.3. Muestreo.....	45
3.4. UNIDAD DE ANÁLISIS.....	47
3.5. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	48

3.9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES	48
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	49
5. CONCLUSIÓN.....	622
6. RECOMENDACIONES	64
BIBLIOGRAFÍA.....	66
ANEXOS.....	68

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Esquema conceptual de Lazarus y Folkman	30
Figura 2. Modelo de evaluación cognitiva y afrontamiento de Lazarus.....	31
Figura 3. Esquema de Supervivencia de los pacientes con cáncer de Moorey y Greer.....	34
Figura 4. La persona vista como un sistema de adaptación, Sor Callista Roy .	42

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1.Estrategias de afrontamiento.....	50
Gráfica 2.Estilos de afrontamiento	51
Gráfica 3. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento ELA	52
Gráfica 4. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento ACE	54
Gráfica 5. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento BAS	55
Gráfica 6. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento PRP	56
Gráfica 7. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento HD	58
Gráfica 8. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento APA	59
Gráfica 9. Relación estilos de afrontamiento y estrategia de afrontamiento N.....	60

RESUMEN

Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos cognitivos y conductuales desarrollados para manejar las demandas de una situación estresante, siendo los factores compensatorios más importantes para lograr la adaptación a la enfermedad. Este trabajo es llevado a cabo con 68 pacientes oncológicos mediante la aplicación del CAEPO, con el objetivo de determinar si las estrategias de afrontamiento empleadas están facilitando la adaptación a la enfermedad; con metodología enmarcada dentro del diseño descriptivo. Se logró determinar que las estrategias más empleadas por el paciente oncológico para hacer frente al estrés generado por la enfermedad, son las positivas. Los resultados obtenidos demuestran que la estrategia más empleada es la correspondiente al espíritu de lucha activa, induciendo a los pacientes a la adaptación exitosa.

Palabras clave: estrategias de afrontamiento, estilos de afrontamiento, adaptación.

ABSTRACT

Coping responses are developed to handle the specific demands of stressful situation cognitive and behavioral efforts, these being the most important factors in achieving compensatory adaptation to the disease. This work is conducted in cancer patients by applying the CAEPO instrument, in order to determine whether the coping strategies employed are facilitating adaptation to the disease. To this greater ownership it was found positive strategies, especially active fight and leading them to successful adaptation.

KEY WORDS: Coping strategies, coping style, adaptation.

INTRODUCCIÓN

El cáncer, visto como una enfermedad amenazante de la integridad física y psicológica del paciente al igual que socialmente estigmatizante, es una de las situaciones capaces de generar estrés, ansiedad, e incluso episodios depresivos que en su concurrencia, “llegan a deteriorar las condiciones vitales, la capacidad funcional, las relaciones personales y sociales, y en definitiva la calidad de vida”¹.

A pesar de los avances médicos en el tratamiento del cáncer, la sociedad actual aún sigue considerándolo como sinónimo de muerte. Los medios de comunicación se encargan de transmitir la imagen negativa de la enfermedad influyendo en la noción que puedan tener las personas con respecto a esta, lo cual complica la calidad de vida de quienes la padecen y la de sus familiares.

Los pacientes con cáncer, por temor, pueden evitar compartir sus preocupaciones con sus familiares y amigos para no preocuparlos y angustiarlos, como a su vez los familiares y amigos a menudo dudan de preguntar acerca de cómo van las cosas. Es así que los pacientes terminan privándose de apoyo emocional.

Los pacientes oncológicos se ven envueltos en situaciones estresantes propias de la enfermedad y que depende en gran parte de las estrategias de afrontamiento lograr superarlas. “Adaptarse a la enfermedad significa tanto combatirla como intentar que la enfermedad no deteriore, o deteriore lo menos posible, la autoimagen, el desarrollo laboral, las relaciones interpersonales, la afectividad y el bienestar”².

¹ LATORRE, José M. Ciencias psicosociales aplicadas II. Síntesis, 1999. p. 215.

² BÁREZ, Milagros; BLASCO, Tomás y FERNÁNDEZ, Jordi. Relación Entre Percepción De Control y Adaptación a La Enfermedad En Pacientes Con Cáncer De Mama. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003. p. 67.

De acuerdo a lo descrito se hace necesario que el equipo interdisciplinario a cargo de los pacientes oncológicos brinde una atención enfocada en el bienestar físico, social y mental y no solo a paliar las manifestaciones físicas de la enfermedad, teniendo en cuenta que las estrategias de afrontamiento durante el proceso de la enfermedad pueden permitir o no la adaptación a ésta.

Este estudio surge de la necesidad de evaluar las estrategias de afrontamiento que los pacientes oncológicos adoptan para contrarrestar los acontecimientos estresantes de la enfermedad, con el objetivo de determinar si éstas estrategias de afrontamiento facilitan la adaptación a su nueva condición de vida; permitiéndoles entonces, al equipo de salud tener herramientas para ayudar a los pacientes a afrontar adecuadamente la enfermedad, dirigiéndose dichos esfuerzos a mantener y potenciar las estrategias de afrontamiento que se demuestren eficaces en cada uno de ellos y erradicar aquellas estrategias de afrontamiento con efectos desadaptativos.

Para ello se hace necesario darles respuesta a interrogantes que surgen ante la situación de estrés de los pacientes oncológicos, es importante determinar cuál es la estrategia de afrontamiento que el paciente oncológico emplea para hacerle frente a la situación estresante y el estilo de afrontamiento que emplea en el proceso de la enfermedad con el fin de determinar si éste favorece o no la adaptación.

1. OBJETIVOS

1.1. GENERAL

Determinar las estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente oncológico, mediante un estudio investigativo, aplicado a pacientes del al Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica con manejo ambulatorio, con el fin de evaluar su influencia directa en el proceso de adaptación a la enfermedad.

1.2. ESPECÍFICOS

Describir las diferentes estrategias de afrontamiento que el paciente oncológico utiliza.

Clasificar los estilos de afrontamiento de los pacientes oncológicos.

Identificar la adaptación a la enfermedad según las estrategias de afrontamiento empleadas por el paciente.

2. MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO DE ANTECEDENTES

El interés sobre el afrontamiento ante el estrés y la enfermedad comenzaron a desarrollarse por las décadas de los 60 y 70, donde diversos autores que estudiaron este fenómeno dieron sus diferentes planteamientos, entre los cuales cronológicamente se destacan:

Cuadro 1. Planteamientos sobre el concepto de afrontamiento durante las décadas de los 60 y 70

Lazarus (1966)	Lipowski, (1970)	White (1974)	Weissman y Worden (1977)	Mechanic (1978)	Pearlin y Schooler (1978)
Cuando se usa el término afrontamiento se refiere a las estrategias para tratar con la amenaza.	Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría.	Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad.	Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensas o equilibrio.	Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas, comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido	Cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el estrés emocional.

Fuente: Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología

Sin embargo, fue el trabajo realizado por Lazarus en 1984 lo que impulsó el máximo desarrollo, siendo entonces su teoría punto de partida de muchos trabajos posteriores. Lazarus y Folkman³ definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. Es entonces ésta la definición de afrontamiento más acertada en especial, en el campo de la psicooncología.

En 1989 Moonrey y Greer plantearon un modelo donde explicaban el funcionamiento del paciente ante el cáncer al que denominaron Esquema de supervivencia, en el cual consideraron influyente la capacidad de adaptación, la respuesta emocional y los estilos de afrontamiento que ponen en marcha los pacientes oncológicos a la hora de conocer su diagnóstico o el estado de su enfermedad. Pero en 1998 Watson y Greer realizaron un estudio en el que se contemplan los resultados obtenidos a favor y en contra del esquema de supervivencia, planteando entonces 5 estilos de afrontamiento: Espíritu de lucha o aceptación al diagnóstico con actitud positiva, evitación (negación), fatalismo que implica la aceptación al diagnóstico con actitud resignada, preocupación ansiosa basada en constante preocupación e impotencia/desesperanza a la actitud totalmente pesimista.

En el desarrollo de los diversos estudios sobre afrontamiento se ha considerado que “un término preferible es el de ajuste o adaptación que se refiere a un sentido amplio y comprehensivo de objetivos psicológicos y conductuales en el proceso de salud”⁴, donde la “prioridad del enfermo reside en mantener un equilibrio interno y psicosocial”⁵.

³ SORIANO, José. Reflexiones sobre el concepto de afrontamiento de psicooncología. En: BOLETÍN DE PSICOLOGÍA. no. 75, 2002. p. 74.

⁴ Ibíd., p. 81.

⁵ Ibíd., p. 81.

El aporte generado por estos estudios ha permitido comprender un poco más la relación existente entre afrontamiento, adaptación al estrés y calidad de vida, provocando entonces, el desarrollo de diversas investigaciones sobre estos temas en el ámbito de la psicooncología; de los cuales se ha obtenido resultados importantes que llevan hoy al mejoramiento de la adaptación del paciente oncológico a su condición de vida y a la vez abre puertas para continuar con el análisis de estos hechos permitiendo evolucionar dichos resultados según la actualidad del contexto del paciente oncológico.

2.2.MARCO CONCEPTUAL

Actualmente se considera importante intervenir los factores psicosociales durante la prevención, la detección y el tratamiento del cáncer; lo cual genera la necesidad de conocer y tener claro los conceptos teóricos que abarca el proceso de adaptación de los pacientes a esta enfermedad de interés en salud pública en Colombia, para llevar a cabo un manejo integral y multidisciplinario.

Para el estudio de los factores psicosociales que se hallan relacionados con la patología del cáncer se hace necesario conocer la disciplina de la psicooncología, la cual Según Holland⁶, se centra en el sufrimiento de la mente que ocurre con el cáncer y que incorpora las dimensiones psicológicas, sociales, espirituales y existenciales, buscando ayudar al paciente a encontrar un significado tolerable a la presencia de una enfermedad intrusa y no bienvenida que constituye una amenaza para el futuro y para la vida misma.

2.2.1. Cáncer

Es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas».

⁶ HOLLAND, Jc. History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. Psychosom Med, 2002. p.64.

Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer. El cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo; “en 2012 hubo 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer; y se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas”⁷.

El diagnóstico correcto del cáncer es esencial para un tratamiento adecuado y eficaz ya que cada tipo de cáncer necesita un tratamiento específico que puede abarcar una o más modalidades como lo son la cirugía, la radioterapia o la quimioterapia. El objetivo principal radica en curar el cáncer o mejorar la calidad de vida del paciente cuando este ya no responde al tratamiento, lo cual se puede lograr con atención paliativa y apoyo psicológico.

2.2.2. Estrés

Los primeros conceptos generados para definir el estrés lo conciben como una estimulación perturbadora del equilibrio homeostático antes situaciones extremas.

Posteriormente, en el año 1956, los trabajos de Selye⁸ ejercen gran influencia en la redirección de significado del estrés considerándolo entonces como una respuesta ante las demandas nocivas de entorno, lo que supone al organismo generar una resistencia para intentar restaurar el equilibrio. De la misma

⁷ INFORME MUNDIAL SOBRE EL CÁNCER 2014.

⁸SELYE, H, *citado por*: GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 11.

manera Selye, considera que el estrés es una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en su causación.

Según Goldberg y Cullen⁹, se pueden distinguir tres tipos de fuentes generadoras de estrés en el paciente oncológico.

Cuadro 2. Fuentes de estrés en el caso del cáncer

Aspecto Socio familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida o cambio de roles domésticos. • Pérdida de capacidad o relaciones sexuales. • Alteración de la comunicación con la pareja. • Alteración de la comunicación con los hijos. • Falta de apoyo social • Pérdida, modificación o cambios en el trabajo.
Características de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Incertidumbre • Ambigüedad y falta de información • Cronicidad • Naturaleza • Falta de control personal • Sentimiento de culpa en el paciente • Estigma
Efectos del tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía • Quimioterapia • Radioterapia

Fuente: Ciencias psicosociales aplicadas II

⁹ GOLDBERG, A y CULLEN, N, *citado por* LATORRE, José M. Ciencias psicosociales aplicadas II. Síntesis, 1999. p. 216.

Respecto al concepto del estrés, Lazarus¹⁰, señala al estrés definido en dos formas diferentes, viéndolo entonces como un estímulo y como una respuesta. El estrés como estímulo supone ser catalogado como un agente capaz de premeditar la aparición de la enfermedad actuando en forma de agentes estresores; contrariamente el estrés entendido como respuesta hace referencia a esa carga estresora producida por la enfermedad ya instaurada y que pone al paciente en vigilia por el significado que ejerce esta en él.

Sin embargo, ambos planteamientos resultan insuficientes para definir el estrés, ya que los estímulos se consideran estresantes en relación con la respuesta y la respuesta se percibe estresada a causa de estos estímulos estresores. De esta manera ambas concepciones se olvidan del sujeto, desviando la importancia que radica en éste debido a que dichos estímulos o respuestas dependen de las características propias del individuo (como la vulnerabilidad ante esos estímulos o la capacidad que tiene para afrontarlo).

Es relevante considerar que “el sujeto no es un mero elemento pasivo”¹¹. De este modo, la respuesta que genere el sujeto y su adaptación dependerá del entorno a la vez que de sus características propias y así mismo de la relación entre ambos.

2.2.3. Afrontamiento

El afrontamiento es definido por Ferrero¹², como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que lleva a cabo el sujeto para manejar las demandas específicas, externas e internas, estresantes.

¹⁰ LAZARUS, R, *citado por* GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 11.

¹¹ GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 12.

¹² BÁREZ, Op. cit., p. 79.

El afrontamiento también se puede referir a los “pensamientos y comportamientos específicos que una persona utiliza en sus esfuerzos por adaptarse al cáncer”¹³.

Según Lazarus y Folkman¹⁴, el sujeto de acuerdo a las evaluaciones realizadas selecciona las posibles respuestas a utilizar ante las demandas percibidas. Estos mismos autores definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, encaminados a manejar las demandas externas e internas que han sido evaluadas como que agotan o sobrepasan los recursos personales.

Igualmente estos autores señalan que no deben confundirse el afrontamiento con los resultados, ya que “el afrontamiento es el esfuerzo de un sujeto para manejar las demandas, independientemente de cual sea el resultado”¹⁵.

No siempre el sujeto logra tener el dominio del entorno luego de usar las estrategias de afrontamiento ante la situación, sino que por el contrario, la situación puede ser desbordante y el sujeto puede no dominarla y en este caso el afrontamiento eficaz puede consistir en la decisión de no hacer nada o tratar de evitar, huir o minimizar la situación.

El afrontamiento permite por un lado, manejar el problema (afrontamiento centrado en el problema), y por otro regular las emociones subsecuentes a dicho problema (afrontamiento centrado en la emoción).

¹³ Informe INC, Adaptación al cáncer: ansiedad y sufrimiento para profesionales de la salud. 2015.

¹⁴ LAZARUS, R y FOLKMAN, citado por GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos. En: MADRID: TEA EDICIONES. p. 14.

¹⁵ *Ibíd.*, p. 14.

El afrontamiento centrado en el problema, emplea estrategias semejantes a las utilizadas en la solución de problemas, las cuales pueden estar dirigidas al entorno o hacia el propio sujeto.

Conjuntamente, el afrontamiento centrado en la emoción consiste fundamentalmente en “procesos cognitivos encaminados a disminuir el malestar emocional”¹⁶, en cual se incluyen estrategias como la evitación, minimización, entre otras.

Ambas formas de afrontamiento suelen estar presentes en una misma situación donde está interaccionando el sujeto y el ambiente. Estas pueden conjuntamente facilitarle al sujeto el dominio de la situación, pero de la misma manera pueden interferirse y dificultar la adaptación del paciente.

A continuación, Lazarus, Folkman, Dunkel, DeLongis y Gruen establecen ocho formas habituales de afrontar las situaciones de estrés.

Cuadro 3. Estrategias de afrontamiento establecidas por Lazarus y cols.

Confrontación	Actuaciones y esfuerzos directos y agresivos para modificar la situación.
Distanciamiento	Esfuerzos para alejarse del problema, tratar de olvidarlo, no querer hablar de él o actuar ignorándolo.
Autocontrol	Esfuerzo para autorregular los propios sentimientos y acciones.
Búsqueda de apoyo social	Acciones para buscar apoyo y comprensión, buscar consejos e información.
Aceptación de la responsabilidad	Reconocimiento por el sujeto del problema e intentos para solucionarlo.
Huida-evitación	Esfuerzos y conductas dirigidos a evadirse de la situación (dormir, comer, beber, etc.)
Planificación	Esfuerzos dirigidos a cambiar la situación, acercándose de forma analítica a la solución del problema.
Reevaluación positiva	Esfuerzos para buscar un significado positivo a la situación, centrándose en el desarrollo personal.

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos

¹⁶ Ibíd., p. 15.

En sus estudios Moos y Schaefer¹⁷, consideran que la enfermedad física supone una crisis vital, entendiendo que el afrontamiento es un proceso que inicia con una evaluación cognitiva que le da el significado a la enfermedad y determina la adaptación que se debe lograr con la puesta en marcha de las estrategias de afrontamiento, ya sean dirigidas a la solución de problemas o a control de la emoción.

Otros autores como Lipowski¹⁸, definen el afrontamiento como toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones deterioradas o compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible.

Desde este punto de vista el afrontamiento puede ser adaptativo o desadaptativo en la medida que el paciente se adecue o no la situación, superando en lo posible cualquier déficit funcional.

En sus publicaciones González¹⁹, establece que el afrontamiento es el proceso que media entre el sujeto y la situación que está viviendo, el cual depende de las características personales y el entorno donde se desarrolla. Además afirma, que la forma en que el sujeto evalúa la situación, así como los recursos con los que cuenta, determina el grado en que se siente afectado y las estrategias que pondrá en funcionamiento para responder.

2.2.4. Estrategias de afrontamiento

A lo largo de la historia se ha intentado comprender la dinámica que atraviesa el ser humano cuando se ve inmerso en situaciones que le generan estrés, que son desbordantes y que intenta manejar a través de ciertas estrategias. Inicialmente fue estudiado desde el modelo médico, luego por el psicoanálisis

¹⁷ MOOS y SCHAEFER *citado por*: GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 16.

¹⁸ LIPOWSKI *citado por* GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 16.

¹⁹ GONZÁLEZ, Op. cit., p. 17.

del yo y posteriormente desde la psicología cognitiva. Así, hasta la fecha diferentes modelos intentan explicar las respuestas adaptativas del sujeto frente eventos críticos con el fin de ser funcional dentro de su propio entorno.

Las estrategias de afrontamiento son entendidas como recursos psicológicos que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de estas no siempre garantiza el éxito, sirven para generar, evitar o disminuir conflictos en los seres humanos, atribuyéndoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento. En 1982, McCubbin, Cauble y Patterson²⁰, advierten que los procesos de afrontamiento no solo se presentan de forma individual, también aparecen como mediadores en el ámbito social.

Según Lazarus y Folkman²¹, la propuesta de estrategias de afrontamiento individual privilegia la dimensión social del ser humano, al reconocer que el afrontamiento surge de la interacción recíproca y de la rutina, exigiendo tomar alguna decisión por parte del individuo.

Las estrategias de afrontamiento hacen alusión a los “procesos completos que se utilizan en cada contexto y que pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento”²².

Son por tanto las conductas y cogniciones que pone en marcha el sujeto cuando padece un cáncer, con el fin de enfrentarse, eludir o minimizar los efectos y las consecuencias de la enfermedad. “El tipo de estrategia que utilice un paciente dependerá del significado que subjetivamente tenga para él la enfermedad y de la realidad de la enfermedad”²³. Además también dependerá

²⁰ MCCUBBIN, CAUBLE y PATTERSON *citados por* MACÍAS, M. Estrategias De Afrontamiento Individual Y Familiar Frente A Situaciones De Estrés Psicológico. Psicol Caribe 2013. p.125.

²¹ *Ibíd.*, p. 127.

²² *Ibíd.*, p. 129.

²³ GONZÁLEZ, Op. cit., p. 22

de la valoración de los recursos que el paciente hace para hacerle frente a la enfermedad.

2.2.5. Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento son “las predisposiciones personales para ser frente a las situaciones, siendo los responsables de las preferencias individuales en el uso de uno u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional”²⁴. Los estilos de afrontamiento son los resultados de las estrategias (conductas y cogniciones) que el paciente ha puesto en marcha para enfrentar el problema y equilibrar el estado emocional y que promueven a la adaptación del sujeto a la situación. Los estilos de afrontamiento se infieren a partir de las estrategias de afrontamiento.

2.2.6. Adaptación

El significado del término adaptación a la enfermedad desde un punto de vista práctico y vital no es fácil de definir. Una forma de acercarse a él es proponer que “la adaptación tiene una relación directa con un nivel aceptable de bienestar emocional y calidad de vida socio laboral, así como la asunción del tratamiento y sus consecuencias físicas, sociales, psicológicas, como una necesidad tras la aparición de la enfermedad”²⁵.

El Instituto Nacional del Cáncer²⁶ de EEUU, define la adaptación al cáncer como un proceso continuado en el cual el paciente, procura manejar el sufrimiento emocional, solucionar problemas específicos relacionados con el

²⁴ MARTÍN, María. Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento. Universidad Nacional de Educación a Distancia. p. 3.

²⁵ FERNÁNDEZ, Alonso. Intervención Psicológica en personas con cáncer. En: Clínica Contemporánea. Vol. 2, p. 192.

²⁶ NATIONAL CANCER INSTITUTE. Adaptación normal, alteración psicosocial y trastornos de adaptación. 2003.

cáncer y obtener el dominio o el control de acontecimientos de la vida en conexión con esta afección.

Dentro del proceso de adaptación al cáncer, Folkman y Greer²⁷, definen la valoración como la evaluación individual del significado personal de un evento dado y la adecuación de los recursos del individuo para afrontarlo; se basa en la suposición de que las personas están constantemente evaluando su relación con el ambiente influyendo en las emociones y el afrontamiento subsecuentes.

La valoración del cambio actual o posible debido al cáncer incluye una evaluación de su significado personal a lo cual se llama valoración primaria, y una evaluación de las opciones de afrontamiento, a lo que se llama valoración secundaria. Las valoraciones primarias están influidas por las creencias y valores personales del paciente y las secundarias tienen que ver con el grado en el que el individuo puede controlar o cambiar la situación generada por el cáncer.

2.2.7. Intervenciones psicológicas para el paciente con cáncer

Dada la complejidad de la enfermedad oncológica se hace imprescindible su abordaje desde el enfoque biopsicosocial. Hay que tener en cuenta la multiplicidad de situaciones clínicas, en términos médico-psicológicos, a las que se deben adecuar las técnicas psicoterapéuticas, coincidiendo todas ellas en que “el hombre enfermo no quiere estar enfermo y sufre los síntomas de la enfermedad”²⁸.

Según Fernández²⁹, las intervenciones psicológicas que se realizan a lo largo de la enfermedad son múltiples y su objetivo fundamental es que el paciente mantenga una buena calidad de vida a lo largo de todo el proceso. Esta

²⁷ FOLKMAN, S y GREER, S. *citado por* GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES. p. 22.

²⁸ FERNÁNDEZ, Op. cit., p. 192.

²⁹ *Ibíd.*, p. 193.

intervención puede darse en distintos contextos, según el momento de la enfermedad y las necesidades del paciente, se encuentran:

- Apoyo en el proceso de adaptación en las distintas fases de la enfermedad.
- Preparación para la intervención quirúrgica: algunos resultados muestran una mejor recuperación posquirúrgica en pacientes que han recibido previamente intervenciones psicológicas para reducir su ansiedad y sus temores.
- Adaptación a los cambios en la imagen corporal provocados por los tratamientos.
- Afrontamiento del trasplante de médula: es una situación muy estresante física y emocionalmente, es importante preparar al paciente para su tolerancia.
- Reducir la ansiedad, depresión y reacciones emocionales desadaptativas.
- Promover un sentido de control personal y una participación activa en todo el proceso.
- Proporcionar información al paciente o ayudarlo a buscarla.
- Facilitar una adecuada comunicación con la familia y el equipo asistencial.
- Manejo de la llamada “situación paradójica” que puede presentarse cuando se comienzan los tratamientos (el paciente que se encontraba bien, suele sentirse peor tras comenzar el tratamiento), o cuando estos finalizan (se sienten inseguros, ya que mientras que lo estaban recibiendo sentían que estaban controlando la enfermedad y cuando finalizan aparece la preocupación por una posible recidiva).
- Facilitar el proceso de adaptación a la “normalidad”.
- Ayudar al paciente a expresar y manejar sus miedos, revisar sus valores, el sentido de su vida y aprender a controlar el sufrimiento. Poder pensar y hablar acerca de la vida y de la muerte.

2.3. MARCO TEÓRICO

Cuando una persona conoce su diagnóstico de cáncer o el estado de su enfermedad se somete a estrés físico, psicológico y social. El concepto de afrontamiento ha sido utilizado desde hace más de 40 años por la psicología para el tratamiento y seguimiento de muchas patologías. De la misma manera este concepto ha sido utilizado por muchos autores para describir el oleaje de emociones experimentadas por un individuo ante una situación estresante, lo que ha resultado propicio para la intervención del paciente oncológico.

La definición de afrontamiento más aceptada y utilizada en diversos estudios es la ofrecida por Lazarus y Folkman, en su modelo de Estrés Transaccional, donde consideraban que en el concepto de afrontamiento se incluían “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas e internas que son evaluadas como excedente o desbordantes de los recursos del individuo”³⁰. Es decir que el afrontamiento hace referencia a todas aquellas actitudes, acciones y emociones que el individuo toma para manejar diversas situaciones que impliquen un gasto emocional y cognitivo y sobrepasan los mecanismos reguladores que posee el ser humano.

Se destaca entonces que el afrontamiento no es algo permanente en el individuo ni un tipo de conducta automática. Las respuestas que da un individuo frente a los estímulos estresores lleva consigo dos procesos cognitivos como lo son la valoración a dichos estímulos, determinando consigo si son o no amenazantes, y la valoración de la propia capacidad de afrontamiento. De esta manera se propone que la relación entre el sujeto y el entorno esta modulada por dos procesos fundamentales como lo son la evaluación cognitiva y el proceso de afrontamiento; los cuales tienen influencia

³⁰ SORIANO, Op. cit., p.75.

directa en “las tres áreas que constituyen la calidad de vida del sujeto: funcionamiento social, ajuste psicológico y salud”³¹.

Esta evaluación cognitiva, Lazarus y Folkman³² la definen como un proceso valorativo en donde el sujeto determina si la relación entre él y el ambiente es estresante. Para ello se distinguen tres tipos de procesos evaluativos: la evaluación primaria, secundaria y reevaluación.

La evaluación primaria es entendida como el proceso por el cual el sujeto evalúa si la situación es positiva, irrelevante o estresante para sí mismo, interpretando en ella la presencia de una pérdida, un reto o una amenaza. Mientras que en la Evaluación secundaria, el sujeto valora lo que debe hacer para enfrentarse a la situación, es decir, evalúa las opciones de afrontamiento disponibles.

Así ambas evaluaciones interactúan para determinar el nivel de estrés, las características del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se emplearan para hacerle frente a la situación. Estos tipos de evaluaciones están influidos por factores personales y situacionales como el grado de novedad del evento, lo que está en juego, ciclo vital en que ocurre y presencia simultánea de otros factores estresantes.

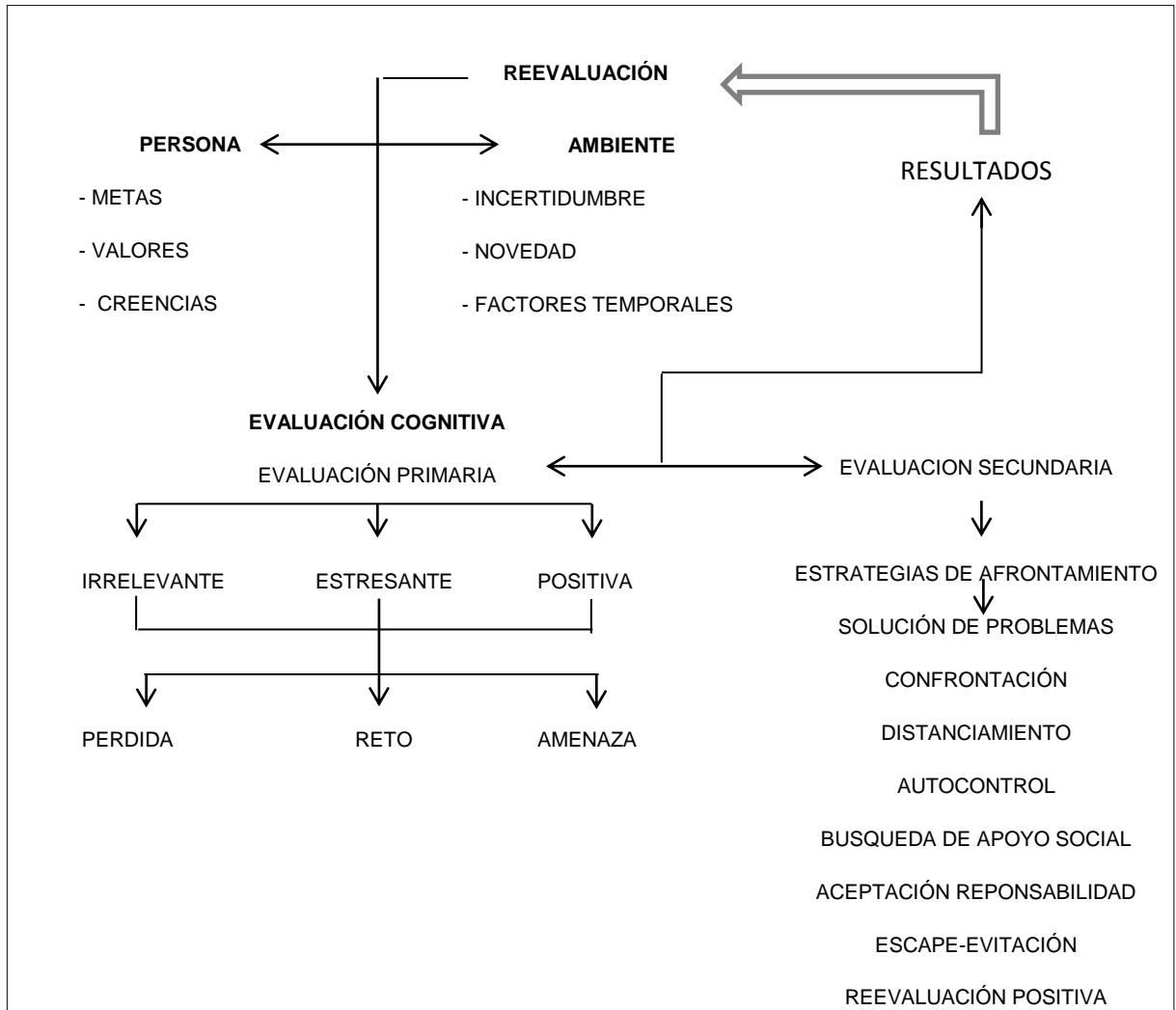
La reevaluación se refiere a la presencia de nuevas informaciones que conllevan al sujeto a realizar cambios en las evaluaciones ya realizadas. De acuerdo con la figura 1, los procesos de evaluación están influidos tanto por factores personales como ambientales. La forma en que el individuo procesa la información del ambiente y de los recursos con los que dispone, determina el grado en que se ve afectado por la situación y las estrategias que pondrá en funcionamiento para hacerle frente. Es decir, que de acuerdo con las

³¹ PLAZA, Ana. La vivencia del duelo por pérdida corporal y las estrategias de afrontamiento en un grupo de mujeres mastectomizadas. Informes Psicológicos Vol. 14 No. 1, 2014. p. 70.

³² LAZARUS, R y FOLKMAN, citado por GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos. En: MADRID: TEA EDICIONES. p. 12.

valoraciones hechas el sujeto selecciona las posibles estrategias a usar para hacerle frente a la situación.

Figura 1. Esquema conceptual de Lazarus y Folkman



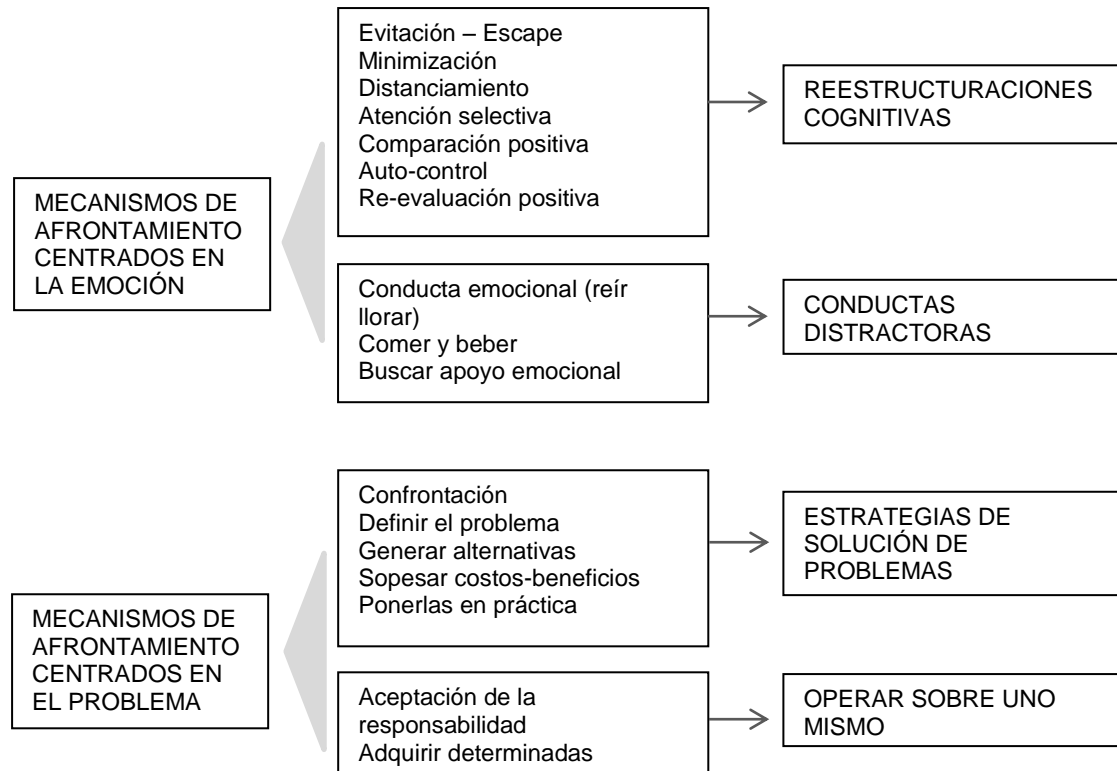
Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos

Por otro lado, el afrontamiento viene definido como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que lleva a cabo el sujeto para mejorar el acontecimiento estresante”³³. Dichas estrategias de afrontamiento serán enfocadas en dos corrientes, las centradas en la emoción que serán tendientes

³³ FERRERO, citado por BÁREZ, Milagros; BLASCO, Tomás y FERNÁNDEZ, Jordi. Relación Entre Percepción De Control y Adaptación. p. 79.

a eliminar el malestar emocional y las centradas en el problema que adoptan la forma de solución de problemas.

Figura 2. Modelo de evaluación cognitiva y afrontamiento de Lazarus



Fuente: Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes con cáncer de mama

Es entonces que este modelo plantea que la adaptación se basa especialmente en el proceso de afrontamiento, es decir, el conjunto de respuestas cognitivas y conductuales que el paciente ha puesto en marcha ante el diagnóstico del cáncer y sus tratamientos.

Igualmente otros autores hacen uso del concepto de afrontamiento para describir la forma en que los pacientes manejan y neutralizan las situaciones estresantes convirtiéndose así en una herramienta importante para superar la inestabilidad propia de la enfermedad.

En sus estudios Holland³⁴ propone que el ajuste psicológico al cáncer depende de muy diversos factores, entre los cuales se destaca cómo el paciente ha afrontado las situaciones estresantes en su vida, su experiencia previa a la enfermedad y a la muerte, la amenaza que el cáncer significa para el logro de sus metas, el apoyo emocional y las diversas variables propias de la patología. Todo ello va a determinar la manera como el paciente afrontará la enfermedad.

De esta manera, el afrontamiento se refiere a los intentos del individuo de resguardarse para reducir la acción del estresor implicando en ello un esfuerzo cognitivo y uno conductual, considerándose que el individuo posee un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento donde algunas son tendientes a la repetición y otras solo aparecen en determinadas circunstancias.

Según lo planteado por Esteban³⁵, la enfermedad crónica es un proceso largo, cuyas limitaciones son asumidas dependiendo de las capacidades con las que cuenta el enfermo y la planificación de las estrategias que puedan resultar eficaces para la adaptación, dichas estrategias están determinadas por la eficacia de las soluciones que la cultura ha proporcionado.

Vivir con una enfermedad crónica exige control en muchas áreas que abarcan desde el manejo de las posibles crisis y emociones desbordantes hasta los grandes cambios en el estilo de vida, aceptación de la nueva identidad y reorganización del tiempo. Ese control del acontecimiento estresante se lleva a cabo mediante la emisión de conductas de afrontamiento muy variadas.

En base al modelo de Lazarus, Moorey y Greer proponen un modelo de funcionamiento del enfermo ante el cáncer el cual está centrado en el

³⁴ HOLLAND *citado por*: LATORRE, José M. Ciencias psicosociales aplicadas II. Síntesis, 1999. p. 22.

³⁵ ESTEBAN, Bartolomé Llor. Ciencias Psicosociales Aplicadas a La Salud. McGraw-Hill Interamericana, 2000. p. 31

significado personal del cáncer y en las estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha en el proceso de adaptación a la enfermedad.

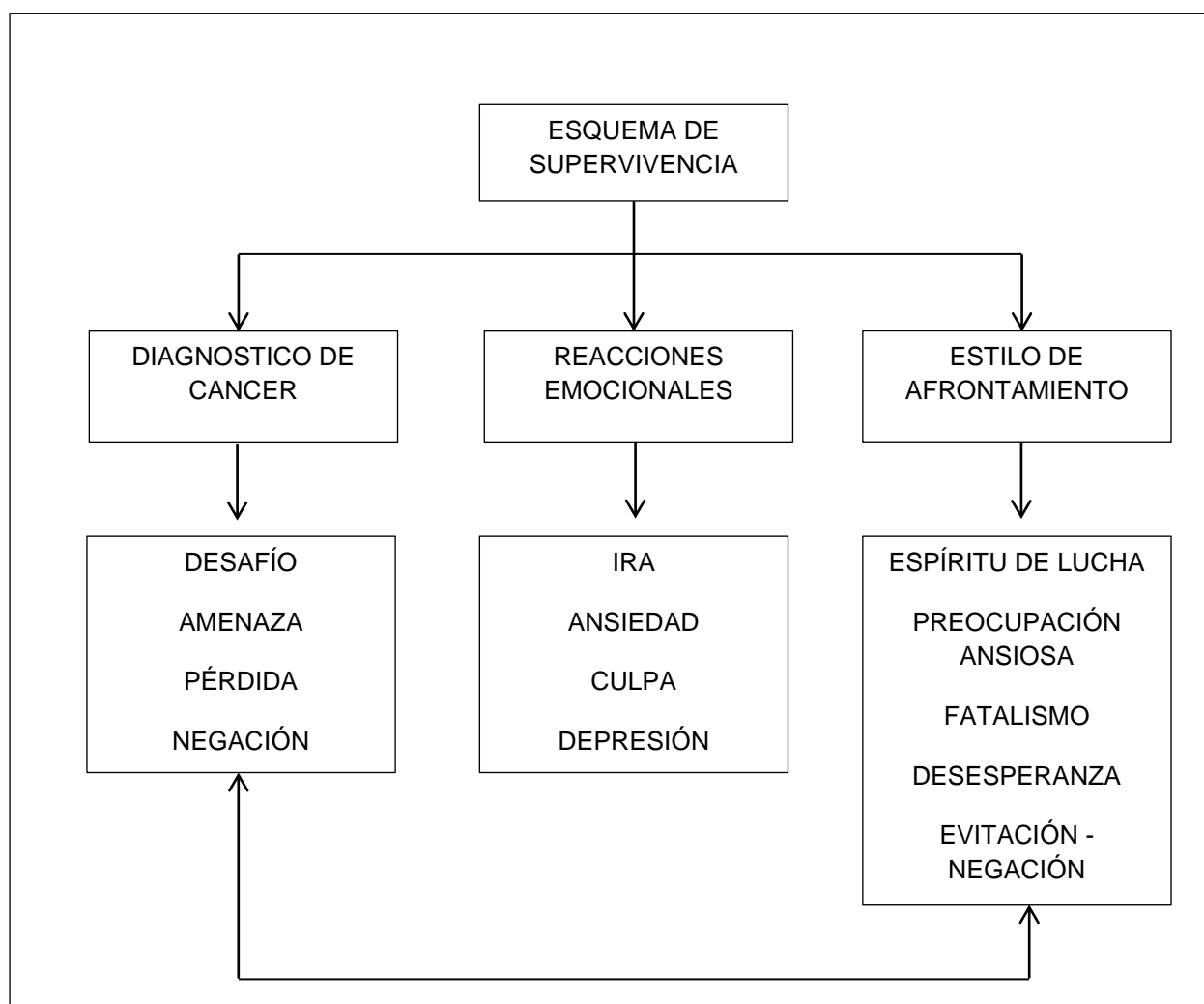
Al igual que Lazarus, Moorey y Greer también proponen en su teoría de Ajuste Psicológico, una evaluación cognitiva mediante la cual el paciente da un significado personal al diagnóstico de cáncer. Es así que el sujeto evalúa dicha situación como un reto superable o una amenaza capaz de superarle a él mismo, como daño o pérdida, o como ausencia de amenaza.

De esta manera, Greer se ocupó de estudiar las diferentes reacciones de los sujetos ante un diagnóstico de cáncer, analizando sus respuestas emocionales, la capacidad de adaptación y las estrategias de afrontamiento. Es así como estos autores crean un esquema de supervivencia, esquema que surge de “la relación entre el conocimiento del diagnóstico de cáncer y la forma como el sujeto lo percibe, las reacciones emocionales que suscita, y las estrategias de afrontamiento que emplea”³⁶. Conocer el esquema de supervivencia que el paciente adopta es necesario para la planificación de cualquier intervención dirigida a este.

En sus estudios Moorey y Greer señalan cinco tipos de esquemas de supervivencia en función de tres elementos: evaluación cognitiva, estilo de afrontamiento y reacciones emocionales.

³⁶ GONZALEZ, Op. cit., p. 18.

Figura 3. Esquema de Supervivencia de los pacientes con cáncer de Moorey y Greer.



Fuente: Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos (CAEPO)

En sus investigaciones Moorey define la evaluación cognitiva como aquella “valoración que hace el sujeto sobre el diagnóstico, el pronóstico y el grado de control que percibe con respecto a la enfermedad”³⁷.

Esta evaluación es semejante a las evaluaciones primarias y secundarias planteadas por Lazarus y Folkman. Teniendo en cuenta el significado personal del cáncer para el sujeto es uno de los factores más influyentes en el ajuste a la enfermedad.

³⁷ Ibíd., p. 22.

La evaluación respecto a la enfermedad puede hacerse de formas diferentes evaluada como un desafío que potencialmente se puede superar, como una amenaza capaz de superar al paciente y dañarlo, o como una pérdida del bienestar que no se podrá recuperar. También puede percibirse como negación de la existencia de la amenaza, difiriendo este concepto con el establecido por Lazarus de una estrategia de afrontamiento sino como una forma de evaluación de la situación.

El paciente según la evaluación de la situación y la valoración del control que podría ejercer sobre esta pondrá en funcionamiento estrategias de afrontamiento para dar solución al problema. Estas estrategias son las que Moorey considera Estilos de Afrontamiento en su teoría.

Las reacciones emocionales estarán determinadas por la forma en la que el sujeto percibe la enfermedad y el control que puede ejercer sobre esta, siendo así una reacción positiva si el sujeto percibe la enfermedad como un desafío y se siente capaz de ejercer control sobre ella, contrariamente del paciente que perciba la enfermedad como una pérdida y carece de control sobre ella, lo que se manifestará como una reacción fatalista. El Esquema de Supervivencia relaciona los tres aspectos indicados anteriormente dando como resultado los cinco esquemas o ajustes mostrados a continuación:

Cuadro 4. Esquema de supervivencia Moorey y Greer

	Espíritu de lucha	Evitación/ Negación	Fatalismo/ Aceptación estoica	Desamparo/ Desesperan- za	Preocupación ansiosa
Diagnóstico	Reto	Sin amenaza	Poca amenaza	Gran amenaza	Gran amenaza
Control	Moderado	No se plantea	Sin control	Sin control	incertidumbre
Pronóstico	Optimista	Optimista	Aceptación del desenlace	pesimista	Incertidumbre
Afrontamiento	Búsqueda de informa- ción	Minimiza- ción	Aceptación Pasiva	Rendición	Búsqueda de seguridad
Res. Emocional	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Poca ansiedad	Depresión	Ansiedad

Fuente: Relación Entre Percepción De Control y Adaptación a La Enfermedad En Pacientes Con Cáncer De Mama

El afrontamiento es llevado a cabo cuando el individuo se siente en la necesidad de enfrentar un evento estresante como lo es la enfermedad. De acuerdo a las conductas y cogniciones que el sujeto lleve a cabo se adoptaran las estrategias de afrontamiento necesarias para hacerle frente a la enfermedad y de esta manera se determinará el estilo de afrontamiento que el paciente ejerce ante la situación.

Pressley afirma que las estrategias de afrontamiento constituyen “un conjunto de procedimientos o actividades consientes e intencionales que guían la acción hacia el logro de metas adaptativas”³⁸.

A través de las experiencias de sus pacientes y de entrevistas semi-estructuradas Pruyn³⁹, estableció algunas estrategias básicas de afrontamiento utilizadas por ellos:

Cuadro 5. Respuestas de afrontamiento en pacientes con cáncer, Pruyn

BÚSQUEDA DE INFORMACIÓN	Manera importante de reducir la incertidumbre y el miedo. El paciente dispondrá de la información oficial (personal de salud) pero si considera que no le proporciona la información que desea acudirá a fuentes informales (amigos, familiares, otros pacientes)
COMPARACIÓN SOCIAL	Compara su situación con alguien que haya estado o permanezca en una situación similar.
BÚSQUEDA DE APOYO Y COMODIDAD	Generalmente prefieren estar con otras personas en situación similar. El apoyo social es importante en la adaptación a la enfermedad pero es importante no alentar la dependencia del enfermo.
ATRIBUCIÓN	Culpabilizarían de los demás o de uno mismo.
AFRONTAMIENTO ACTIVO	Acciones tendientes a resolver la situación estresante, junto a una actitud racional.
EVITACIÓN	Es una actitud pasiva. Hay negación a pensar en la situación y es tomada con el fin de reducir la experiencia de sentimientos negativos.
NEGACIÓN	Es empleada para afrontar la amenaza y la pérdida que supone la enfermedad. Protege contra el exceso de ansiedad. Es el mecanismo que el paciente puede poner en marcha para contrarrestar el miedo a la muerte.

Fuente: Ciencias psicosociales aplicadas II. Síntesis

³⁸ PRESSLEY citado por: VARGAS, Sandra. Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. 2010. p. 11.

³⁹ PRUYN *citado por*: LATORRE, José M. Ciencias psicosociales aplicadas II. Síntesis, 1999. p. 224.

En el año 2004 González elaboró el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos, el cual se construyó teniendo en cuenta la importancia que el afrontamiento tiene en la adaptación y equilibrio emocional del sujeto, y a la necesidad de lograr un conocimiento más preciso para apoyar la información de la historia clínica del paciente.

El cuestionario contiene 40 ítems que se organizan en torno a 7 escalas, cada una de las cuales operacionaliza el factor correspondiente a una determinada dimensión o estrategia de afrontamiento.

De las siete escalas, tres sirven para explorar la presencia de conductas y pensamientos, positivos y activos, tendentes a enfrentarse y buscar alguna solución para mejorar la situación y/o el desequilibrio emocional que genera la enfermedad. Las puntuaciones altas en estas escalas indican la presencia de estrategias de afrontamiento positivas y activas frente a una situación que el paciente ha valorado como grave y difícil de abordar. Estas escalas favorecen el ajuste del sujeto a la situación que está viviendo, tanto en lo que se refiere a la enfermedad como a las relaciones sociales y familiares que podrían estar afectadas por la propia enfermedad.

Las otras cuatro escalas exploran la presencia de conductas y pensamientos inadecuados o no adaptativos. Dichas respuestas, producto de la valoración del sujeto en la que percibe su situación como excesivamente amenazante, van a generar en él un estado emocional de desequilibrio y excesiva ansiedad, conllevándolo a tratar de eludir el problema, a aceptarlo estoicamente sin luchar o a negarlo pasivamente. Las puntuaciones altas en estas escalas impiden o interfieren en el ajuste del sujeto a la enfermedad y/o los acontecimientos que concurren en torno a ella.

Cuadro 6. Estrategias de afrontamiento al estrés

ESCALAS DE ALTO AJUSTE A LA ENFERMEDAD	
ELA	Escala de Enfrentamiento y Lucha Activa Esta escala evalúa aquellas estrategias de un sujeto que tiene una visión optimista respecto al pronóstico de la enfermedad y de sus posibilidades para luchar contra ella. El sujeto valora la situación como un reto al que está dispuesto a responder de forma activa y colaboradora.
ACE	Escala de Autocontrol y Control Emocional Esta escala evalúa las estrategias que le llevan al sujeto a responder de forma activa utilizando pensamientos y conductas dirigidos a disminuir o desaparecer el estado emocional displacentero causado por la enfermedad. Como en el caso anterior, está valorando su situación como muy difícil.
BAS	Escala de Búsqueda y Apoyo Social Desde una valoración de la situación semejante a los dos casos anteriores, esta escala explora la valoración que el sujeto hace del apoyo social percibido y las estrategias que pone en marcha para lograr un mejor apoyo social e informativo.
ESCALAS DE BAJO AJUSTE A LA ENFERMEDAD	
APA	Escala de Ansiedad y Preocupación Ansiosa Esta escala evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto valora su situación como muy grave y amenazante y con un pronóstico inseguro. Al mismo tiempo, se siente ansioso y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación.
PRP	Escala de Pasividad y Resignación Pasiva Esta escala evalúa aquellas estrategias en las que el sujeto, igual que en anterior, valora su situación como muy grave, sintiéndose incapaz de hacer frente a una enfermedad para la que, además prevé un pronóstico negativo, adoptando una actitud fatalista.
HD	Escala de Huida y Distanciamiento Esta escala valora aquellas estrategias en las que el sujeto trata de escapar o huir de la realidad o distanciarse de forma irreal. Sus conductas no afrontan ni la situación ni su malestar emocional con lo cual tenderá a aumentar su nivel de ansiedad.
N	Escala de Negación Esta escala evalúa las conductas de negación del sujeto acerca de la evidencia de la enfermedad. Esta escala se valora relacionándola con las otras seis escalas. Puede suceder, aunque no es muy probable, que la negación se acompañe de puntuaciones elevadas en las escalas positivas, lo que se podría interpretar que la negación puede ser adaptativa. En caso contrario, que es lo habitual, es decir que haya un predominio de las escalas negativas, la negación funciona como una estrategia inadecuada y no adaptativa.

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Paciente Oncológicos (CAEPO)

El afrontamiento tiene como objetivo “una adaptación a la situación estresante, significando entonces un equilibrio entre las expectativas y demandas de dicha situación y la capacidad del sujeto para responder a ellas”⁴⁰.

⁴⁰ LATORRE, Op cit., p.206.

Es por esto que definir el concepto de adaptación a la enfermedad crónica es importante, sin embargo, no es fácil dado que ésta es dinámica donde hay periodos de progreso seguidos de regresiones, “dependiendo de cambios en la enfermedad y cambios en los patrones de respuestas individuales”⁴¹, que son influidos por componentes cognitivos, emocionales y comportamentales propios del individuo. La adaptación es evaluada desde muchas perspectivas y diversos criterios, otra razón que dificulta su definición es que “el enfermo crónico puede estar funcionando bien fisiológicamente, pero no ser capaz de realizar cambios necesarios en su conducta social o viceversa”⁴².

Por lo tanto “la adaptación a la enfermedad crónica exige una reorganización y aceptación de la propia identidad, así como la instalación de un propósito de vida que trasciende las limitaciones impuestas por la enfermedad”⁴³.

En enfermería, el modelo propuesto por Sor Callista Roy, denominado modelo de adaptación, es propicio para la aplicación del cuidado de enfermería al paciente oncológico durante su proceso de afrontamiento. Sor Callista⁴⁴ afirma que el ser humano busca constantemente estímulos en su entorno los cuales generan una reacción y finalmente la adaptación, la cual puede ser o no eficaz; para Roy las respuestas de adaptación eficaces son las que ayudan a conseguir el objetivo de adaptarse a la supervivencia, el crecimiento, la reproducción, el control sobre las cosas y las transformaciones que sufre la persona y el entorno.

En su modelo de adaptación, sor Callista Roy propone que el nivel de adaptación de una persona es un punto que cambia constantemente, y está compuesto por estímulos focales, contextuales y residuales; “entendiéndose los estímulos focales como aquellos estímulos más inmediatos a los que se enfrenta el ser humano, los estímulos contextuales como estímulos que

⁴¹ Ibíd., p.206

⁴² Ibíd., p.206

⁴³ Ibíd., p.206

⁴⁴ ALLIGOOD, Martha R. y MARRINER-TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería. p. 355.

contribuyen al efecto que origina el estímulo focal, y los estímulos residuales como factores del entorno que provocan unos efectos no muy definidos en la situación”⁴⁵.

Igualmente establece que la persona recibe estímulos tanto del ambiente como de sí misma y el nivel de adaptación está dado por los efectos que producen dichos estímulos, consiguiéndose la adaptación cuando la persona reacciona positivamente ante los cambios que se produce en el entorno.

Al igual que otros autores, Roy también considera necesario definir el afrontamiento, para el cual establece que son modos de actuar ante los cambios producidos en el entorno. Para estos modos de actuación se hace uso de mecanismos innatos de afrontamiento los cuales se determinan genéticamente y suelen verse como procesos automáticos, a la vez que también se emplean mecanismo de afrontamiento adquirido que se crean por medio de métodos como el aprendizaje.

Lo anterior depende de dos subsistemas que posee el paciente, siendo el subsistema de los procesos primarios aquel que está compuesto por un subsistema regulador (el cual es fisiológico y ayuda a la adaptación a través de procesos de afrontamiento neuronales, químicos y endocrinos), y un subsistema relacionador (el cual afronta por medio de canales cognitivos y emocionales). Y el subsistema de procesos secundario que está compuesto por cuatro modos de adaptación (modo de necesidades fisiológicas, modo de modo del autoconcepto de grupo, modo de función de rol, modo de interdependencia), los cuales dirigen las reacciones del individuo su entorno y los cambios que ocurren en la enfermedad con el fin de obtener la integridad fisiológica, psicológica y social.

En su modelo Sor Callista define el modo de adaptación fisiológico-físico como aquel que “está relacionado con los procesos físicos y químicos que participan

⁴⁵ Ibíd., p. 356.

en la función y actividad de los seres vivos”⁴⁶. Así mismo establece que el modo del autoconcepto de grupo “se centra en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano, donde el autoconcepto es el conjunto de creencias que uno tiene de y hacia uno mismo, y la identidad de grupo es la imagen que tiene la gente de sí misma dentro de un grupo”⁴⁷. Igualmente establece que “el modo de función del rol se centra en el papel que tiene la persona en la sociedad, y que el modo de la interdependencia se centra en las relaciones cercanas de las personas”⁴⁸.

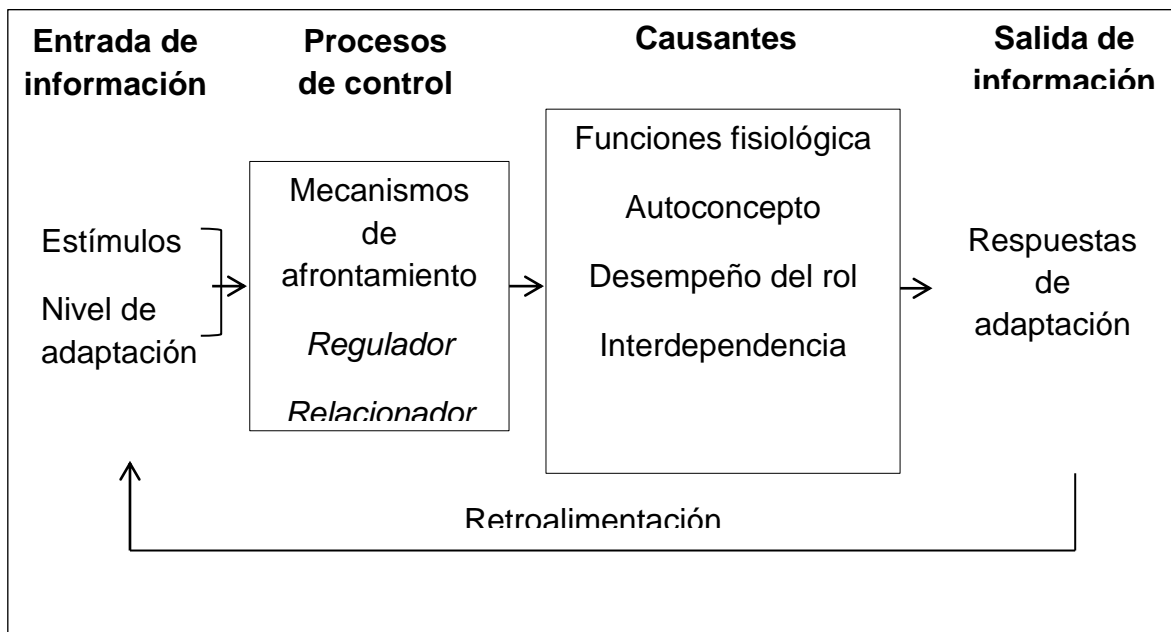
El modelo de Sor Callista Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona, para lo cual propone que los subsistemas de procesos primarios y secundarios se relacionan entre sí para dar una respuesta de adaptación.

⁴⁶ Ibíd., p. 357.

⁴⁷ Ibíd., p. 357.

⁴⁸ Ibíd., p. 357.

Figura 4. La persona vista como un sistema de adaptación, Sor Callista Roy



Fuente: Modelos y teorías en enfermería 7. Ed. Editorial Elsevier

De ésta manera el modelo de adaptación de Callista, está asociado directamente con el afrontamiento, puesto que valida el concepto de afrontamiento propuesto, sus estilos y estrategias, fundamentando el rol del profesional de enfermería en la promoción de acciones que hagan posible la adaptación del paciente en sus esferas biopsicosociales.

2.4. MARCO LEGAL

La salud física y mental de los pacientes oncológicos en Colombia, está amparada por la Ley 1384 del 19 de abril de 2010 conocida como la “Ley Sandra Ceballos”, en la cual se establecen las acciones para el control integral del cáncer, de manera que se reduzca la morbilidad y mortalidad por cáncer, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el sistema general de seguridad social en salud vigente para la prestación de todos los servicios que se requieran para su tratamiento integral.

Esta ley en su artículo 5, declara el cáncer como una enfermedad de interés en salud pública y prioridad nacional para la República de Colombia. De acuerdo a lo anterior el sistema colombiano de salud inició un trabajo arduo para garantizar a los pacientes oncológicos una prestación de servicio integral, aplicando guías y normas de obligatorio cumplimiento por parte de las entidades promotoras de servicios de salud de ambos regímenes y las entidades territoriales responsables de la población pobre no asegurada. En el artículo 11 de la misma ley, se establece que las entidades de salud deben garantizar el acceso de los pacientes oncológicos a programas de apoyo de rehabilitación integral que incluyan rehabilitación física en todos sus componentes, psicológica y social.

Una vez establecida la ley, los beneficiarios de la misma tienen derecho, cuando así lo exija el tratamiento o los exámenes de diagnóstico, a contar con los servicios de un hogar de paso, pago del costo de desplazamiento, apoyo psicosocial y escolar, de acuerdo con sus necesidades certificadas por el trabajador social o responsable del centro de atención a cargo del paciente, esto se encuentra descrito en el artículo 14, como servicio de apoyo social.

En el artículo 17, se considera al cáncer como tema prioritario de investigación el cual debe estar plasmado en el plan nacional de ciencia y tecnología. Esta reglamentación promueve la investigación en este campo trayendo consigo beneficios para los pacientes oncológicos en Colombia.

La atención integral de los pacientes oncológicos, pretende reconocer la importancia de la salud mental en estos pacientes, para ello en Colombia a través la ley 1616 del 21 de enero de 2013, se busca garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del sistema general de seguridad social en salud.

En el artículo 3, de la misma ley se define la salud mental como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la

interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales. También es considerada como interés y prioridad nacional para la República de Colombia, como un derecho fundamental, tema prioritario de salud pública, bien de interés público y componente esencial del bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos.

Por todo la reglamentación descrita, se puede decir que en Colombia se considera importante el cuidado integral de los pacientes oncológicos y que actualmente se encuentra cobijada a través de estatutos que reglamentan el derecho que tienen estos pacientes de recibir una atención que garantice su más alto nivel de bienestar físico, social y mental durante todo el proceso de su enfermedad.

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo transversal con enfoque cuantitativo.

3.2. ESCENARIO DE ESTUDIO

Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica

3.3. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1. Población

El estudio está dirigido a los pacientes oncológicos ambulatorios que reciben tratamiento integral en el Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica.

3.3.2. Muestra

Estuvo conformada por un número de 68 pacientes del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica.

3.3.3. Muestreo

El estudio tiene un enfoque no probabilístico.

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. Criterio de inclusión

- Para la participación en el estudio la unidad de análisis debe cumplir con los siguientes criterios:
- Ser paciente oncológico del Instituto Medico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica.
- Participación voluntaria y firma del consentimiento informado.
- Estar con manejo ambulatorio
- Tener entre 25 y 55 años de edad.
- Haber recibido el diagnóstico de cáncer como mínimo 6 meses antes de la participación en el estudio.
- Estar recibiendo tratamiento oncológico.

3.4.2. Criterios de exclusión

- No ser paciente oncológico.
- No llevar el seguimiento oncológico en el al Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica
- Tener menos de 25 años o más de 55 años de edad.
- Haber recibido el diagnóstico de cáncer con menos de 6 meses de anterioridad al estudio.
- Llevar el seguimiento oncológico hospitalizado en el Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica

3.5. UNIDAD DE ANÁLISIS

Para este estudio la unidad de análisis fue: paciente oncológico con manejo ambulatorio del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica, con voluntad de participar en el estudio, sin distinción del tipo de cáncer, entre las edades de 25 – 55 años, con diagnóstico de cáncer de más de 6 meses.

3.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para este proyecto, la obtención de información se llevó a cabo mediante el cuestionario CAEPO (Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos), de manera autodiligenciada por los pacientes seleccionados del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica y bajo supervisión constante de los investigadores.

3.7. PRUEBA PILOTO

A partir del censo poblacional de pacientes asistente a la institución de manera ambulatoria en un mes, se calculó la muestra requerida para el estudio. Para lo anterior se hizo uso del programa estadístico STATS en su versión 2001, aplicando un error máximo aceptable del 6%, un porcentaje estimado de muestra del 30-70% y un nivel deseado de confianza del 90%. El tamaño de la muestra correspondiente al estudio fue de 68 pacientes asistentes a los servicios de consulta externa y quimioterapia. La prueba piloto se dirigió al 10% de la población establecida perteneciente al estudio, equivaliendo entonces a 7 pacientes, los cuales durante la aplicación del instrumento no mostraron incongruencias ni dificultad en la realización de la prueba.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de la información se ejecutó a través del programa Microsoft Excel, versión 2010. Los datos serán analizados utilizando la estadística descriptiva y los resultados se presentan por medio de cuadros y gráficas según los objetivos específicos del proyecto.

3.9. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Para este estudio se tuvo en cuenta la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud a la vez que se establecen los requisitos para el desarrollo de la actividad investigativa en los seres humanos.

De acuerdo a ésta resolución, el estudio realizado posee la clasificación “sin riesgo ético” por lo tanto para obtener la información requerida se pretende comunicar con anterioridad a los sujetos participantes los aspectos relacionados en cuanto a su colaboración, realizando con esto la encuesta bajo el consentimiento de la población elegida como muestra.

Antes de la realización de los cuestionarios, cada paciente fue informado sobre el estudio que se quiere realizar, los objetivos de este, la privacidad y confidencialidad de las respuestas generadas, y la finalidad de los resultados del estudio. Es de importancia que cada paciente que participe en el estudio sea bajo criterio voluntario y la constancia de esto en un consentimiento informado.

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El estudio se ha realizado con una muestra de 68 sujetos adultos entre 25 y 55 años que han sido diagnosticados de algún tipo de cáncer con al menos seis meses de anterioridad. Todos los sujetos fueron evaluados en el mismo momento dentro del proceso clínico de la enfermedad. El momento elegido fue la fase de tratamiento, es decir después de que el paciente iniciara un esquema de tratamiento oncológico (cirugía, quimioterapia o radioterapia), y antes de que se declarase la remisión total del cáncer. Todos los sujetos evaluados procedían de los servicios de quimioterapia y consulta externa del Instituto Médico de Alta Tecnología IMAT Oncomédica.

A partir de la puntuación global, se puede determinar el estilo preferente de afrontamiento del sujeto ante la situación que está viviendo en ese momento. Para ello se comparará la puntuación global obtenida por el sujeto con las categorías o estilos de afrontamiento establecidas por el instrumento empleado, las cuales se muestran a continuación.

Cuadro 7. Estilos de afrontamiento, CAEPO

RANGO	MODO DE AFRONTAMIENTO	ESTRATEGIAS
3 a 9	Afrontamiento positivo	Estrategias positivas exclusivas o claramente dominantes.
1 y 2	Predominio de afrontamiento positivo	Estrategias positivas y negativas aunque con mayor predominio de las positivas.
0	Afrontamiento no definido	Coexisten con igual intensidad las estrategias positivas y las negativas. No hay una definición hacia una u otra.
-1 y -2	Predominio de afrontamiento negativo	Estrategias negativas y positivas, aunque con mayor predominio de las negativas.
-9 a -3	Afrontamiento negativo	Estrategias negativas exclusivas o claramente dominantes.

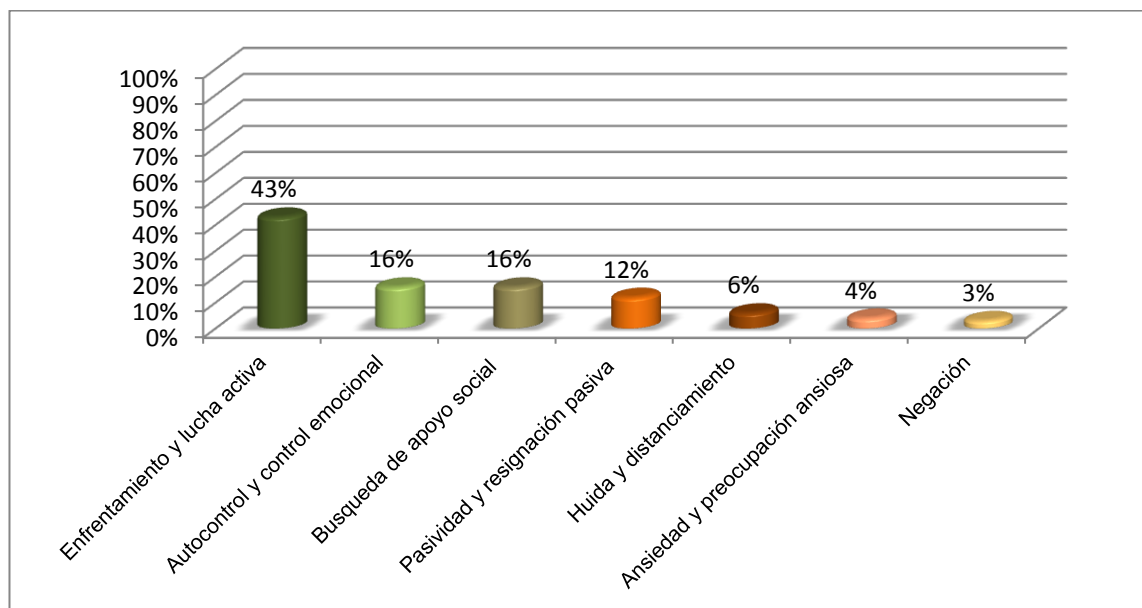
Fuente: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Paciente Oncológicos (CAEPO)

Los criterios presentados en el cuadro anterior son un referente para transformar las puntuaciones cuantitativas en expresiones valorativas. Sin

embargo se debe tener en cuenta no solo el estilo de afrontamiento empleado por el paciente, sino también la estrategia concreta a partir de la cual se ha obtenido esa puntuación, ya que esta indica las conductas y cogniciones que se ponen en funcionamiento durante el proceso de afrontamiento.

A continuación se mostrarán los resultados obtenidos en este estudio:

Gráfica 1. Estrategias de afrontamiento



Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La grafica 1 corresponde al porcentaje de utilización de las estrategias de afrontamiento por parte de los pacientes; donde se evidencia que hay un mayor uso de las estrategias de tipo positivo, con un mayor porcentaje de la estrategia de enfrentamiento y lucha activa con un 43%, lo que concuerda con los resultados hallado por González en su estudio realizado en el 2004, donde la estrategia predominante fue la estrategia de enfrentamiento y lucha activa.

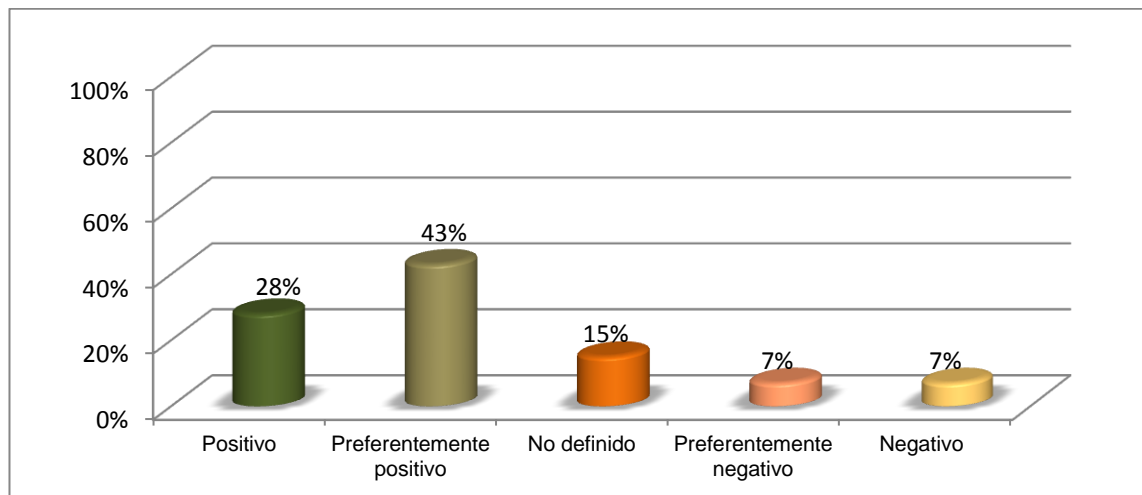
Seguido de la estrategia ELA se encuentra con un 16% la estrategia de autocontrol y control emocional (ACE) e igual porcentaje para la estrategia búsqueda de apoyo social (BAS). Las estrategias de afrontamiento de tipo negativo se observan con porcentajes menores, un 12% pasividad y

resignación pasiva (PRP); la estrategia huida y distanciamiento (HD) 6%; con un 4% ansiedad y preocupación ansiosa (APA) y por ultimo 3% la estrategia de negación (N).

Teniendo en cuenta que el paciente oncológico es una persona que enfrenta constantemente nuevos y difíciles retos, estos resultados llevan a pensar que son positivos, ya que el paciente está visualizando la enfermedad como un reto al cual está dispuesto hacerle frente.

La intervención psicosocial de los pacientes oncológicos debe ir dirigida a mantener y potenciar las conductas de afrontamiento positivas que se demuestren eficaces en cada uno de ellos, también en los casos de afrontamiento negativo debe ayudar a implementar aquellas que el paciente no practique, brindando apoyo constante para llevarlas a cabo; y finalmente a suprimir aquellas conductas de afrontamiento con efectos desadaptativos.

Gráfica 2. Estilos de afrontamiento



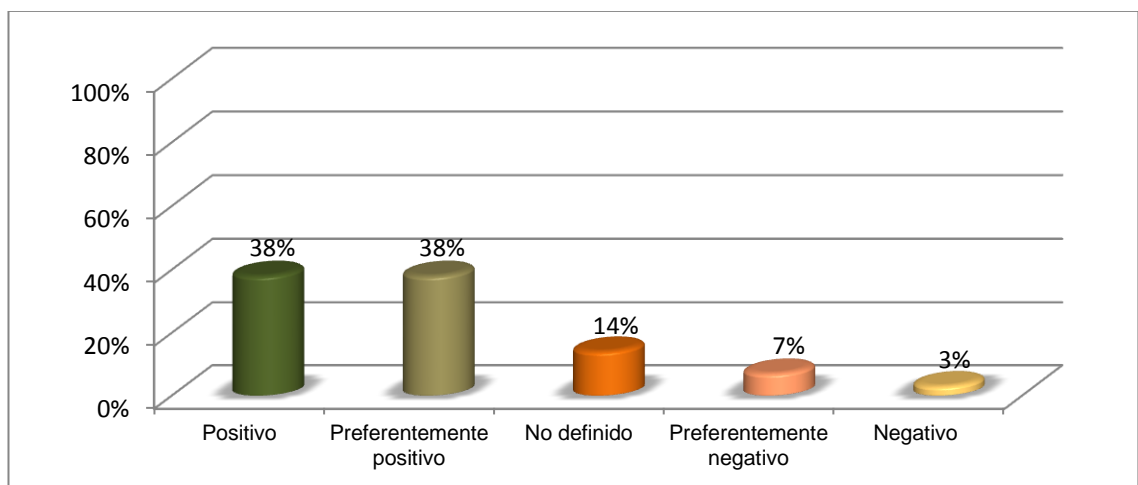
Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

Los estilos de afrontamiento son los resultados de las estrategias (conductas y cogniciones) que el paciente ha puesto en marcha para enfrentar el problema y equilibrar el estado emocional, las cuales promueven la adaptación del sujeto a

la situación. La grafica 2 corresponde al porcentaje de los estilos de afrontamiento identificados por cada paciente; con mayor porcentaje el estilo de afrontamiento preferentemente positivo (PP) con un 43%, seguido de 28% para el estilo de afrontamiento positivo (P), y con un 15% un estilo de afrontamiento no definido (ND). El estilo preferentemente negativo representa un 7% de la población estudiada al igual que el estilo de afrontamiento negativo con un 7% también.

Este resultado nos permite inferir que para el 71% de los pacientes, las estrategias de afrontamiento empleadas están resultando favorables para alcanzar la adaptación. hecho que guarda relación con lo expresado por rodríguez en el año 2007, donde establece que los estilos de afrontamiento categorizado por estrategias positivas diferencian significativamente a los pacientes que son tendientes a alcanzar la adaptación.

Gráfica 3. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia enfrentamiento y lucha activa



Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La estrategia de afrontamiento espíritu de lucha activa se caracteriza por la visión optimista que tiene el paciente con respecto al pronóstico de la enfermedad y de sus posibilidades para luchar contra ella. La gráfica 3 ilustra la relación entre los estilos de afrontamiento y la estrategia de afrontamiento espíritu de lucha activa (ELA).

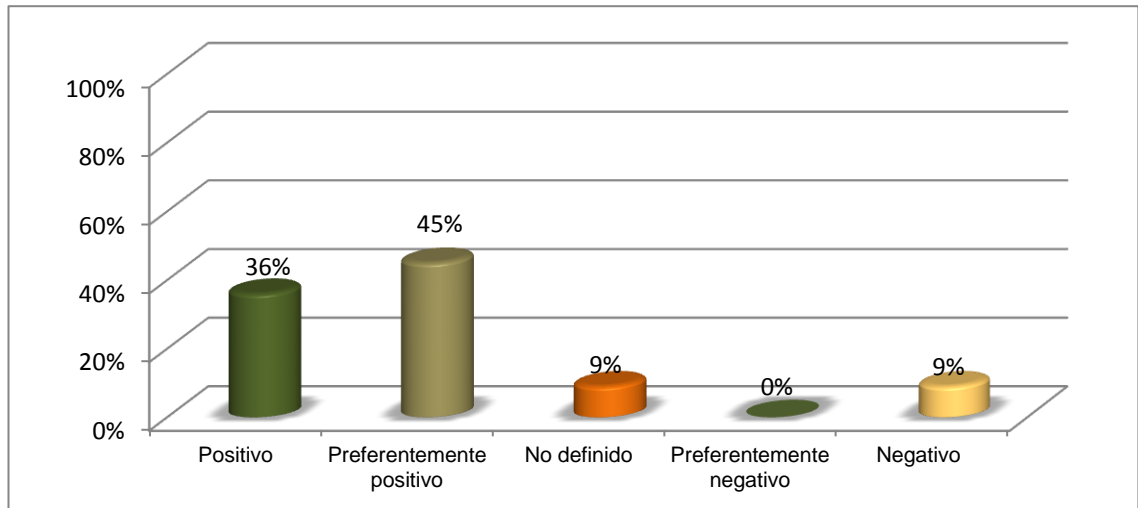
En esta gráfica se evidencia que los pacientes que hacen empleo de esta estrategia presentan, en mayor porcentaje, estilos de afrontamiento positivo y preferentemente positivo, ambos con un 38%. El 14% de los pacientes que emplean la estrategia ELA mostraron tener un estilo de afrontamiento no definido, el 7% un estilo preferentemente negativo y el 3% un estilo de afrontamiento negativo.

Lo anterior permite determinar que el 76% de los pacientes que utilizan la estrategia de enfrentamiento y lucha activa tienen definidos estilos de afrontamiento positivos, lo que hace referencia a que para este porcentaje de pacientes esta estrategia está resultando adecuada para alcanzar la adaptación, es así que el paciente valora la situación como un reto al que están dispuestos a responder de forma activa y colaboradora, aportando gran parte para su proceso de adaptación, aplicando conductas tendentes a resolver las situaciones estresantes bajo una actitud racional.

Lo anterior se relaciona con los resultados hallados por Rodríguez donde en un grupo de control de pacientes no hospitalizados, la estrategia de espíritu de lucha tuvo el porcentaje más significativo lo cual contribuye como aspecto favorable a la adaptación.

Sin embargo es importante analizar que el 24% de los pacientes que hacen empleo de esta estrategia de afrontamiento, considerada como positiva, poseen estilos de afrontamiento que dificultan el proceso de adaptación, para lo cual es importante que el profesional de salud valore si las conductas y cogniciones manejadas por estos pacientes están siendo efectivas para hacer frente a la enfermedad.

Gráfica 4. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia autocontrol y control emocional



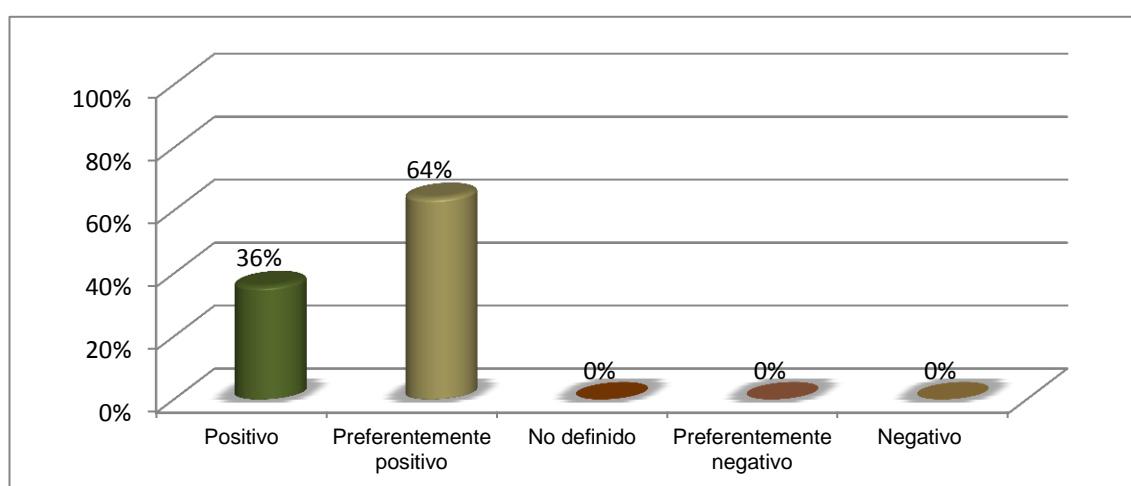
Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La estrategia de afrontamiento de autocontrol y control emocional (ACE) induce al sujeto a responder de forma activa utilizando pensamientos y conductas dirigidos a disminuir o desaparecer el estado emocional displacentero causado por la certeza de la enfermedad. En la gráfica 4 se muestra la relación entre los estilos de afrontamiento y la estrategia ACE, evidenciándose que el 45% de los pacientes que emplean ésta estrategia poseen un estilo de afrontamiento preferentemente positivo y el 36% un estilo de afrontamiento positivo, lo cual sugiere que el uso de la estrategia de autocontrol y control emocional propende por facilitar la adaptación en los pacientes con cáncer. De acuerdo a lo anterior los pacientes intentan comprender las causas y las implicaciones de los acontecimientos que experimentan, es decir tienden a ver la realidad desde su perspectiva personal y darle su propio significado; mediante este proceso reducen la incertidumbre y frecuentemente asumen control frente a la situación. Esto guarda relación con lo manifestado por Dunckel en 1984 quien establece que hay una relación positiva entre el control emocional y el grado de ajuste físico y psicosocial del paciente con cáncer.

No obstante, el 18% de los pacientes que utilizan la estrategia ACE poseen un estilo de afrontamiento no definido y negativo, lo cual puede estar indicando que dichas conductas y cogniciones adoptadas por el paciente no están siendo suficientes para alcanzar un estado de control que facilite el proceso de adaptación, para ello una valoración más detallada que permita identificar cuáles son dichas conductas y cogniciones que está interfiriendo sería de gran utilidad.

La adaptación al cáncer no es un evento aislado y único, sino más bien una serie de respuestas constantes que permiten al paciente ir afrontando las múltiples situaciones que surgen durante el proceso de su enfermedad, por ende se debe tener en cuenta como parte fundamental de la intervención del profesional de salud proporcionar apoyo emocional para los problemas psicológicos, de relación interpersonal y la intervención psicoterapéutica ante trastornos psicológicos o desadaptativos como consecuencia de la enfermedad oncológica.

Gráfica 5. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia búsqueda de apoyo social



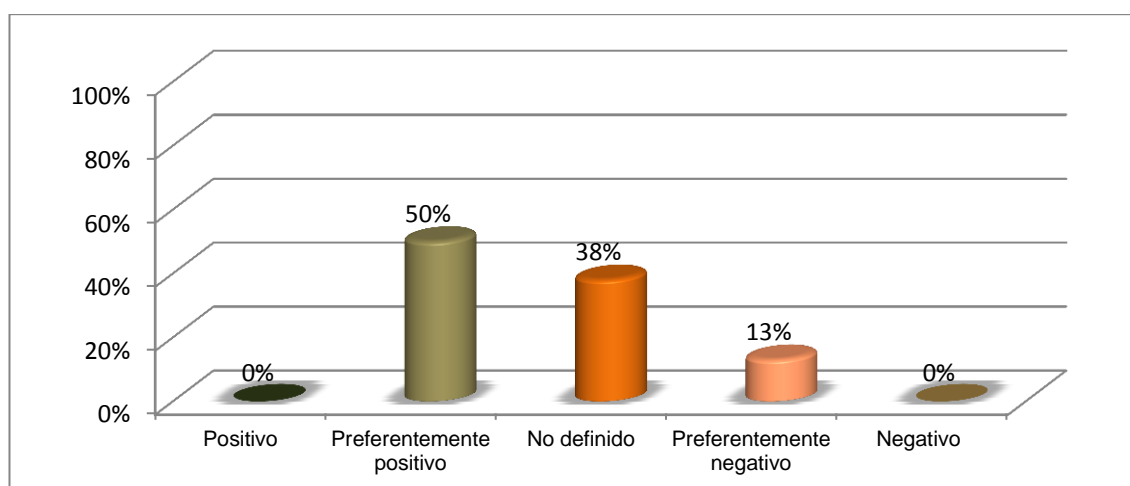
Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

El apoyo social es un importante predictor del estado de salud, así como de la adaptación ante acontecimientos estresantes. La grafica 5 muestra los estilos de afrontamiento empleados por los pacientes con predominio de la estrategia de búsqueda de apoyo social (BAS). El 36% de los pacientes que emplean la estrategia de afrontamiento BAS calificaron para un estilo de afrontamiento positivo y el 64% de los pacientes que también emplean esta estrategia poseen un estilo de afrontamiento preferentemente positivo, lo que lleva a pensar que esta estrategia resulta favorable para el logro de la adaptación.

Estos resultados guardan relación con lo manifestado por Rodríguez en su estudio con pacientes atomizados, donde evidenció que hay un efecto benéfico del apoyo social en la adaptación a la enfermedad.

Es importante también para esta estrategia hacer una valoración más detallada a los pacientes que resultaron con un estilo preferentemente positivo para identificar aquellas conductas y cogniciones que están interfiriendo para el logro más apropiado de la adaptación.

Gráfica 6. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia pasividad y resignación pasiva



Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

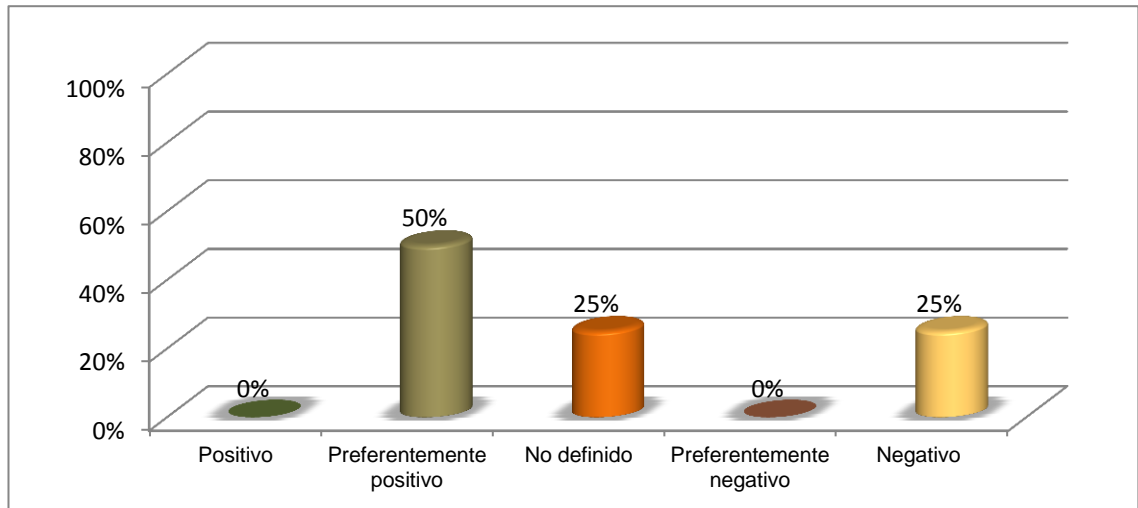
La gráfica 6 permite identificar los estilos de afrontamiento que son empleados por los pacientes que hacen uso de la estrategia de afrontamiento pasividad y resignación pasiva. Esta estrategia de afrontamiento se caracteriza por valorar la situación como amenazante y tener una visión pesimista de la evolución.

El 50% de los pacientes que hacen uso de la estrategia PRP muestran un estilo de afrontamiento preferentemente positivo indicando que manejan acciones y cogniciones tanto positivas como negativas pero con mayor presencia de las positivas. Lo anterior sugiere que la misma naturaleza de las conductas y cogniciones adoptadas por el paciente pueden estar relacionadas con la dificultad de alcanzar un estilo totalmente positivo.

El 38% de los pacientes que emplean la estrategia de pasividad y resignación pasiva no tienen definido un estilo de afrontamiento, por lo que coexisten con igual intensidad las conductas y cogniciones positivas y negativas sin definición hacia alguna; este resultado puede suponer una incongruencia en las respuestas del paciente por lo que resultaría conveniente una valoración que permita determinar el punto de contradicción e intervenir aquellas acciones y cogniciones que están mal enfocadas imposibilitando el empleo de una estrategia de afrontamiento positiva y una adaptación eficaz. El 12% de los pacientes que utilizan esta misma estrategia de afrontamiento mostraron tener un estilo preferentemente negativo, es decir, que su visión del futuro, la evolución y el pronóstico es fatalista.

Lo anterior lleva a suponer, para el 50% de los pacientes que mostro tener un estilo preferentemente positivo, que aunque el éstos valoran la situación con un pronóstico fatalista no se están viendo estresados por lo cual se encaminan a la adaptación de su estado patológico, sin embargo no se encontraron estudios para comparar estos resultados.

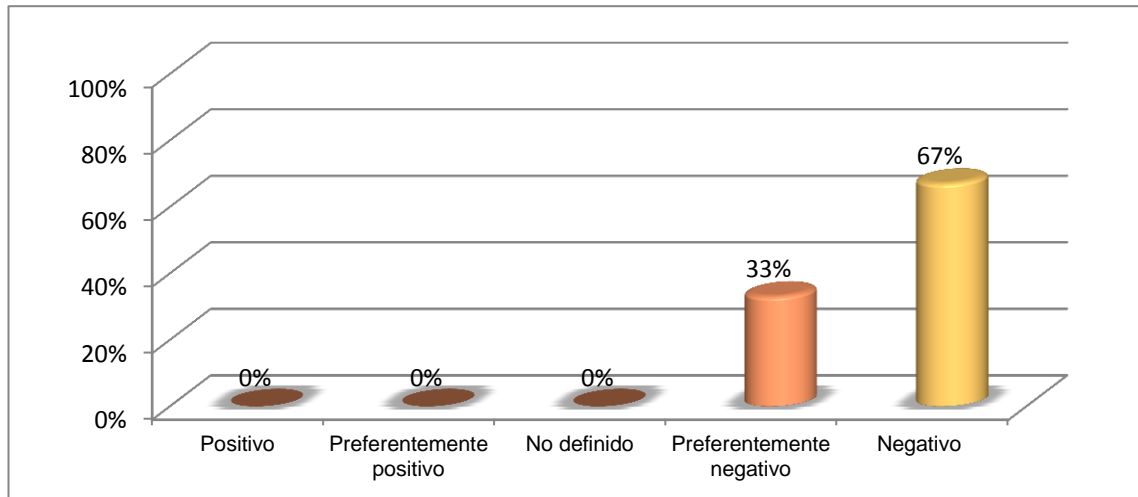
Gráfica 7. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia huida y distanciamiento



Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La gráfica 7 ilustra los estilos de afrontamiento que son empleados por los pacientes que hacen uso de la estrategia de afrontamiento huida y distanciamiento. El 50% de los pacientes muestran un estilo de afrontamiento preferentemente positivo lo que pueda estar relacionado con la elución de la realidad de la enfermedad que lleva al paciente a no verse afectado ni padecer los estados emocionales displacenteros. Sin embargo esto tampoco permite un alcance apropiado de la adaptación, lo que se evidencia en el 0% del estilo positivo, no obstante no se hallaron estudios que permitieran comparar este resultado. Es importante tener en cuenta que para el otro 50% de la población esta estrategia se mostró desfavorable para el logro de la adaptación.

Gráfica 8. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia ansiedad y preocupación ansiosa



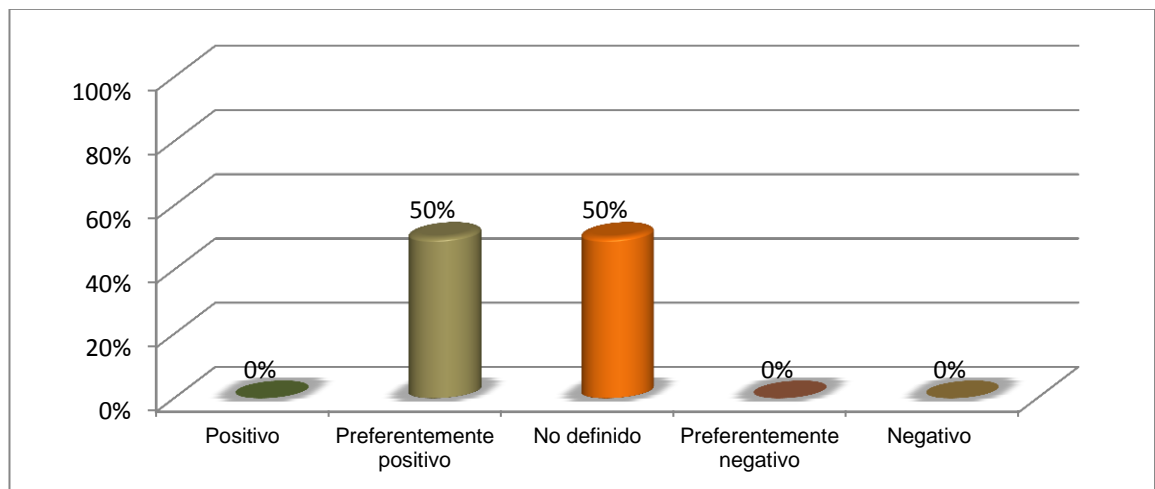
Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La gráfica 8 ilustra los estilos de afrontamiento que son empleados por los pacientes que hacen uso de la estrategia de afrontamiento ansiedad y preocupación ansiosa. Estos pacientes valoran la situación como grave y al mismo tiempo tienen incertidumbre respecto a la evolución y el futuro de la enfermedad. El 33% de los pacientes muestran un estilo de afrontamiento preferentemente negativo, indicando que el sujeto maneja conductas y cogniciones tanto favorables como desfavorables pero con una prevalencia de las desfavorables; esto sugiere que el paciente utiliza acciones y pensamientos inadaptativos para afrontar y para ello será preferente realizar una valoración, como se ha descrito anteriormente, con el fin de intervenir aquellas acciones y pensamientos negativos y potenciar las conductas y cogniciones positivas. El 67% corresponde a los pacientes que poseen un estilo de afrontamiento negativo lo que indica que el sujeto valora su situación como excesivamente amenazante y es notable la conducta ansiosa y poco optimista respecto a sus posibilidades para controlar la situación.

Lo anterior lleva a pensar que para el 100% de los pacientes que emplearon esta estrategia resultó no ser favorable para el logro de la adaptación, lo que guarda relación por lo manifestado por Hegelson en 1992, donde establece que la ansiedad solo es el reflejo de la falta de control de la enfermedad lo cual resulta desadaptativo para el paciente.

Es necesario con esta clase de pacientes modificar las estrategias de afrontamiento que son negativas e inadecuadas que están interfiriendo en la conducta adaptativa y potenciar las estrategias de afrontamiento positivas que ayuden a asumir el impacto del diagnóstico de la enfermedad disminuyendo los estados emocionales negativos.

Gráfica 9. Correspondencia de los estilos de afrontamiento en la estrategia Negación



Fuente: Aplicación de Cuestionario de afrontamiento al estrés para pacientes oncológicos.

La gráfica 9 permite identificar los estilos de afrontamiento que son empleados por los pacientes que hacen uso de la estrategia de afrontamiento de negación. Los pacientes que emplean esta estrategia niegan la evidencia de la enfermedad y la realidad, lo cual en principio no va a favorecer la lucha y el enfrentamiento a la enfermedad. El 50% de los pacientes poseen un estilo de

afrontamiento no definido por lo que coexisten con igual intensidad las conductas y cogniciones positivas y negativas sin definición hacia alguna; este resultado puede suponer una incongruencia en las respuestas del paciente por lo que resultaría conveniente una valoración más minuciosa por parte del profesional de salud, la cual permita determinar el punto de contradicción e intervenir aquellas acciones y cogniciones que están mal enfocadas imposibilitando el empleo de una estrategia de afrontamiento positiva y una adaptación eficaz.

El otro 50% de los pacientes muestran un estilo de afrontamiento preferentemente positivo indicando que manejan conductas y cogniciones tanto positivas como negativas pero con mayor presencia de las positivas, lo cual muestra incongruencia con la estrategia preferente, lo que podría ser un falso positivo al proceso de adaptación, esto se relaciona con lo manifestado por González, donde afirma que los pacientes que emplean esta estrategia niegan la realidad de la enfermedad por lo tanto no afrontan ni en la solución de problemas ni en el control de la emoción, hecho que puede hacer creer que el paciente no se encuentra afectado por la enfermedad.

5. CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio permitieron determinar que las estrategias más empleadas por el paciente oncológico para hacer frente al estrés generado por la enfermedad, son las estrategias consideradas positivas. La estrategia más empleada es la correspondiente al espíritu de lucha activa, lo que establece que el paciente oncológico hace parte activa de su proceso de recuperación apropiándose de roles que permitan mantener el funcionamiento físico y mental de su ser, conllevándolo a la obtención de la adaptación a la enfermedad. De la misma manera, los pacientes también utilizan estrategias como lo son la búsqueda de apoyo social y el control emocional demostrando que el paciente aunque ve la enfermedad como un evento amenazante instaaura acciones y cogniciones efectivas que le permitan hacer frente y superar dicha situación.

Los resultados también permitieron identificar que el estilo de afrontamiento predominante fue el preferentemente positivo, lo que indica que los pacientes, aunque emplean acciones y cogniciones favorables para hacer frente al estrés de la enfermedad, poseen acciones o pensamientos que interfieren con el logro de la adaptación ideal, los cuales varían desde preocupaciones propias de la enfermedad (opciones de tratamiento, complicaciones, recaídas, evolución y pronóstico), hasta preocupaciones externas (requerimientos económicos, cumplimiento del plan de alimentación, interferencia con la vida familiar, repercusiones laborales, aislamiento social).

En algunos casos se observa el predominio del estilo de afrontamiento no determinado que puede suponer que el paciente muestra una incongruencia en sus acciones y cogniciones lo que requiere de un acercamiento más profundo por parte del profesional e indagar cuales son aquellos actos o pensamientos que promueven la superación y cuales interfieren con ésta.

Finalmente se puede determinar de este estudio que el paciente con cáncer a pesar del impacto que genera su diagnóstico busca hacerle frente a su

enfermedad colocando en marcha estrategias que le permitan superar de la mejor manera posible las situaciones estresantes, las cuales resultan favorables para su proceso adaptativo.

Un aspecto de valoración que juega en pro del paciente es la asistencia ambulatoria de todo el proceso de tratamiento, ya que esto le permite continuar con su rutina y con las relaciones sociales, lo cual genera un sentimiento de utilidad y pertenencia grupal. Lo anterior fortalece los recursos que el paciente emplea para afrontar y por consiguiente se facilita su proceso adaptativo a la enfermedad.

Tanto para el paciente que afronta activamente como para aquellos que visualizan un amenazante deterioro de su salud, se hace indispensable la intervención del profesional de enfermería, siendo éste último promotor de un cambio conductual y cognitivo positivo, convirtiéndose en gestor de acciones impulsadoras de bienestar para estos pacientes permitiendo el alcance de su adaptación a la enfermedad.

6. RECOMENDACIONES

6.1. A INSTITUCIONES QUE BRINDAN ATENCIÓN A PACIENTES ONCOLÓGICOS:

- ✓ Evaluar la atención que brinda a los pacientes haciendo énfasis en la integralidad de los servicios.
- ✓ Capacitar al personal que brinda atención directa a los pacientes acerca de temas de salud mental.
- ✓ Fortalecer el acompañamiento del equipo interdisciplinario al paciente y familiares durante todo el proceso de la enfermedad.
- ✓ Integrar a los pacientes y familiares a los grupos de apoyo.
- ✓ Establecer estrategias para la atención, orientación y apoyo con calidad y calidez para los pacientes y familiares.

6.2. AL PERSONAL DE ENFERMERÍA

- ✓ Valorar la respuesta cognitiva y emocional del paciente ante la enfermedad durante todo su proceso.
- ✓ Mantener la escucha activa durante cada una de las intervenciones al paciente.
- ✓ Intervenir las necesidades psicológicas del paciente desde el rol de enfermería.

- ✓ Promover el acompañamiento y apoyo continuo del equipo interdisciplinario al paciente y familiares.
- ✓ Velar por la continuidad de la atención del equipo interdisciplinario con los grupos de apoyo durante todo el proceso de la enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

ALLIGOOD, Martha R. y MARRINER-TOMEY, Ann. Modelos y teorías en enfermería.

BÁREZ, Milagros; BLASCO, Tomás y FERNÁNDEZ, Jordi. Relación Entre Percepción De Control y Adaptación a La Enfermedad En Pacientes Con Cáncer De Mama. Universidad Autónoma de Barcelona, 2003.

BEZANILLA, José y HERAS, José Antonio. Enfermedad y Familia: Vol. II. 2014.

ESTEBAN, Bartolomé Llor. Ciencias Psicosociales Aplicadas a La Salud. McGraw-Hill Interamericana, 2000.

FERNÁNDEZ, Alonso. y FLOREZ, Bastos. Intervención Psicológica En Personas Con Cáncer. En: Clínica Contemporánea. Vol. 2, P. 187-207

GONZÁLEZ, María. CAEPO: Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para Pacientes Oncológicos en Madrid: TEA EDICIONES.

INFORME MUNDIAL SOBRE EL CÁNCER 2014, IARC.

LATORRE, José M. Ciencias psicosociales aplicadas II. En: SÍNTESIS.

LLULL, Darío Martín; ZANIER, Justo y GARCÍA, Fernando. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. En: PSICO-USF. vol. 8, no. 2, p. 175-182

MACÍAS, Ma, et al. En: Estrategias De Afrontamiento Individual Y Familiar Frente A Situaciones De Estrés Psicológico. Psicol Caribe.

MARTÍNEZ, Alicia Eva López; ZARAZAGA, Rosa Esteve y PARRA, Rodríguez. Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. En: PSICOTHEMA. vol. 12, no. 3, p. 339-345

RODRÍGUEZ, Jesús; PASTOR, María Ángeles y LOPEZ, Sofía. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad.

RODRÍGUEZ-MARÍN, Jesús; PASTOR, María Ángeles y LOPEZ-ROIG, Sofía. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad.

ZARAZAGA, Esteve; MAESTRE, Ramírez. Evaluación de estrategias de afrontamiento al dolor crónico. En: REVISTA DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD. vol. 11, no. 1-2, p. 77

ANEXOS



ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar el presente documento doy mi consentimiento para que el grupo investigador del programa de Enfermería de la Universidad de Córdoba, responsables de la investigación: Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento del Paciente Oncológico, haga uso de la información que suministro con finalidad investigativa.

Se me ha informado que mi colaboración es voluntaria y que en el momento que quiera puedo desvincularme del proyecto o no responder las preguntas que me sean formuladas. Se me ha garantizado la confiabilidad y privacidad de mis respuestas.

Se me ha informado que los datos de la investigación serán de conocimiento de los participantes y serán socializados por los investigadores o por la Universidad de Córdoba a través de su grupo de investigadores, conservando la intimidad de mi identidad. También se me ha indicado que al participar en el estudio no tendré beneficio económico alguno.

Toda la información anterior me ha sido informada y acepto participar en el estudio firmando el presente formulario de consentimiento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

En caso de no saber firmar Coloque una "X" y la huella

FIRMA DE TESTIGO

LINA MARCELA SALGADO LAZARO


Estudiante de enfermería responsable de la investigación

YARLEY LONDOÑO DURANGO

Estudiante de enfermería responsable de la investigación

Se acepta el consentimiento el día ____ mes _____ de 2015

ANEXO B

		EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PACIENTE ONCOLÓGICO CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS PRESENTACIÓN ADAPTADA DEL CAEPO - MARIA GONZÁLEZ			
MARQUE CON UN CIRCULO LA ALTERNATIVA QUE MEJOR SE ADECUA A SU FORMA DE PENSAR O ACTUAR		0 NUNCA	1 ALGUNA S VECES	2 MUCHAS VECES	3 CASI SIEMPRE
1	Habitualmente cuando me siento nervioso, procuro hacer cosas que me tranquilicen tales como pasear, leer, ver la televisión u otras cosas.	0	1	2	3
2	Estoy dispuesto a plantearle cara a esta situación, aunque esté preocupado o nervioso.	0	1	2	3
3	Cuando estoy preocupado como ahora, procuro pensar en algo agradable o positivo	0	1	2	3
4	Si estoy preocupado suelo pensar cosas que me hacen sentir peor.	0	1	2	3
5	He procurado hablar con aquellas personas que pueden ayudarme en mi situación.	0	1	2	3
6	Pienso que esto que me sucede es porque no me he ocupado adecuadamente de mi salud.	0	1	2	3
7	Pienso que, respecto a lo que me ocurre ahora, las cosas me van a salir bien.	0	1	2	3
8	Prefiero olvidarme de lo que me ocurre y no pensar en ello.	0	1	2	3
9	Evito hablar de lo que me pasa porque no me gusta este tema.	0	1	2	3
10	Hablo de mis preocupaciones con personas que me son cercanas: familia, amigos, etc.	0	1	2	3
11	Pienso que este caso no puedo hacer nada y lo mejor es aceptar las cosas como son.	0	1	2	3
12	Trato de convencerme a mí mismo de que todo va a salir bien.	0	1	2	3
13	Creo que esta situación pasará pronto y volveré cuanto antes a mi vida habitual.	0	1	2	3
14	Pienso constantemente en el problema que tengo con mi salud.	0	1	2	3
15	Creo que voy a necesitar ayuda de otras personas para superar esto.	0	1	2	3
16	Siento que lo que me está sucediendo me ayuda a saber de verdad las cosas que son importantes en la vida.	0	1	2	3
17	Estoy dispuesto a luchar para que todo salga bien.	0	1	2	3
18	Me gusta pensar que lo que me sucede no es real, que no me pasa nada.	0	1	2	3

19	Intento compartir mis emociones con algunas personas.	0	1	2	3
20	Creo que los demás exageran y que en realidad lo que me sucede carece de importancia.	0	1	2	3
21	Procuro ser fuerte y plantar cara a mi problema de salud.	0	1	2	3
22	Siempre que estoy solo, pienso en lo que me está sucediendo ahora.	0	1	2	3
23	Pienso que lo mejor es dejar que las cosas sigan su curso.	0	1	2	3
24	Confió en mi fuerza de voluntad para que todo salga bien.	0	1	2	3
25	Procuro controlar mis emociones.	0	1	2	3
26	Pienso que no voy a ser capaz de soportar esta situación.	0	1	2	3
27	Pienso que pueden haberse equivocado respecto a la gravedad de mi problema de salud.	0	1	2	3
28	Intento mostrarme sereno y animado.	0	1	2	3
29	Pienso constantemente en lo que sería mi vida si no hubiera enfermado.	0	1	2	3
30	Creo que la mejor solución para que todo salga bien es rezar.	0	1	2	3
31	Hago todo lo que me mandan porque creo que es bueno para mi recuperación.	0	1	2	3
32	Creo que aunque supere esta situación, quedará muy afectado y nada será como antes.	0	1	2	3
33	Muestro mis sentimientos y mis estados de ánimo frente a las personas importantes para mí.	0	1	2	3
34	Me doy por vencido en esta situación y pienso que "lo que tenga que ser será".	0	1	2	3
35	Pienso que las cosas ocurren y nada puedo hacer para cambiar los acontecimientos.	0	1	2	3
36	La verdad es que estoy muy preocupado por mi salud.	0	1	2	3
37	Creo que en esta situación lo mejor es aceptar las cosas como vienen.	0	1	2	3
38	Procuro evadirme y no pensar en lo que me pasa.	0	1	2	3
39	Creo que si en otras situaciones he superado mis problemas, ahora también lo lograré.	0	1	2	3
40	Prefiero distraerme y no pensar en cosas negativas respecto a mi situación actual.	0	1	2	3